DES



INCLUSIONS FŒTALES

DE LA

RÉGION SACRO-COCCYGIENNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Avril 1902

PAR

D. QUIOT

Né à Jonquières-Saint-Vincent (Gard), le 30 Mars 1877

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand Fabre et quai du Verdanson

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻)
Clinique médicale	GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT
— — ch. du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. PUECH, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	BERTIN-SANS
MOITESSIER	GALAVIELLE	VEDEL
DE ROUVILLE	RAYMOND	JEANBRAU
PUECH	VIRES	POUJOL

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BOSC, *président.*	MM. IMBERT, *agrégé.*
VALLOIS, *agrégé.*	JEANBRAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

D. QUIOT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BOSC

A TOUS MES AMIS

D. QUIOT

AVANT-PROPOS

Pendant notre stage à la Maternité de Montpellier, nous avons eu l'occasion d'observer, chez un nouveau-né, une tumeur sacro-coccygienne qu'un examen histologique, fait par M. le professeur Bosc, a permis de rattacher à une inclusion fœtale. Cette tumeur a présenté quelques particularités intéressantes ; et, sur les conseils de notre maître, M. le professeur agrégé Vallois, à l'obligeance de qui nous devons l'observation inédite de ce cas, nous en avons fait le sujet de notre thèse.

Nous avons trouvé dans la littérature médicale de ces dernières années des observations analogues, accompagnées d'un examen histologique d'une grande valeur scientifique.

Ces données récentes ont servi de base à notre travail ; nous nous sommes, en outre, inspiré d'une monographie déjà ancienne due à Constantin Paul (1862).

Arrivé au terme de nos études à la Faculté de médecine, il nous reste un devoir agréable à remplir : celui de

témoigner à tous nos maîtres de cette Ecole notre profonde gratitude.

M. le professeur agrégé Vallois nous a initié à la pratique des accouchements ; il nous a suggéré l'idée de cette thèse et nous a communiqué l'observation inédite qui constitue la base de notre travail ; nous lui adressons nos sincères remercîments.

M. le professeur Bosc nous a fait un grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse ; si celle-ci renferme quelques particularités originales, c'est à lui que nous le devons ; qu'il nous soit permis de lui exprimer notre reconnaissance.

Nous avons été, pendant de longs mois, stagiaire dans le service de M. le professeur Carrieu ; il ne nous a jamais ménagé ni ses conseils ni ses bontés ; nous garderons de ce maître un souvenir durable.

Nous devons à l'amabilité de notre ami Guirauden, externe à la Maternité, les dessins représentés sur la planche que nous donnons à la fin de ce travail ; nous l'assurons de notre sincère amitié.

DES

INCLUSIONS FŒTALES

DE LA

RÉGION SACRO-COCCYGIENNE

HISTORIQUE

« Au XVIIe siècle, deux écrivains, Otto et Clauder, racontèrent qu'une petite fille, âgée de huit jours, donna naissance, par un accouchement naturel, à une autre petite fille bien conformée et vivante, dont la longueur égalait celle du doigt médius. »

Le moine Isobard de Amelluxen semble croire l'histoire suivante, qu'il raconte en ces termes : « Comme j'étais sur le mont Saint-Pierre, à Erfort, j'ai trouvé un ancien manuscrit d'où j'ai tiré ce qui suit : Dans l'année 836, une jeune fille, âgée de 19 ans, fut traduite devant le juge à cause d'une grossesse qu'on lui supposait. Elle disait dans sa défense : Si je suis grosse, Dieu fasse que l'enfant que je porte soit grosse aussi ! Peu de temps après, elle mit au monde un enfant mort, ayant un ventre très développé. Les commères étonnées ayant averti le juge de ce mira-

cle, on ouvrit le corps de l'enfant, et on trouva dans son ventre un autre enfant qui avait tous ses membres bien formés. »

Puis vient la chronique de Gabriel Clauderius : « En 1672, la femme d'un meunier mit au monde une fille forte et bien portante, seulement elle avait un ventre excessivement gros. Quelques jours après sa naissance, cette enfant fut prise de violentes douleurs, qui se traduisirent par des cris et des convulsions. Bientôt il s'écoula par les parties génitales une grande quantité d'eau sanguinolente, qui fut suivie de l'expulsion d'une toute petite fille vivante. et puis après vint le délivre. Les deux enfants furent baptisées ensemble et succombèrent le lendemain. »

En rappelant ces légendes citées par Constantin Paul (Archives générales de médecine) et racontées au XVIIe siècle par des écrivains trop crédules, qui acceptent pour vrais et relatent comme faits scientifiques des récits ridicules, nous n'avons d'autre but que d'expliquer pourquoi la réalité des monstruosités par inclusion fœtale a été mise en doute jusqu'à cette époque, même par les naturalistes et les physiologistes. Il faut, en effet, en arriver aux écrits de Fattori (1815), de Lachaise (1823) pour voir les savants s'occuper de ces malformations et admettre leur existence. Celles-ci ont alors été étudiées et observées dans diverses parties du corps : dans l'abdomen, au cou, au scrotum et surtout dans la région sacro-périnéale, qui a paru être leur siège de prédilection. Ce sont les inclusions fœtales de cette dernière région qui vont faire l'objet de ce modeste travail.

Ces dernières ont été longtemps confondues, au point de vue de leur nature, avec toutes les tumeurs sacro-coccygiennes, mais peu à peu, sous l'influence des progrès de l'anatomie pathologique et de l'histologie, on s'est

aperçu qu'elles présentaient une structure particulière et on leur a fait une place à part dans les classifications, qui ont été établies d'après les éléments anatomiques que renferment ces tumeurs. Aussi peut-on diviser l'histoire des inclusions fœtales en deux périodes : la première. pendant laquelle les recherches microscopiques font défaut, nous l'appellerons *période préhistologique* ; la seconde, pendant laquelle on étudie de mieux en mieux leur structure fine, ce sera la *période histologique.*

Période préhistologique. — Le premier cas observé et réellement cité comme inclusion fœtale paraît remonter à Wills, qui en a publié l'observation à Londres en 1718 ; l'auteur relate la constatation de restes fœtaux non douteux. Plus tard, en 1797, Guyon, chirurgien à Carpentras, décrit une tumeur du siège renfermant une extrémité céphalique, des os du bassin et une cuisse.

Au commencement du XVIII[e] siècle, les observations se multiplient, on les groupe et on les compare pour en tirer des théories pathogéniques. Meckel, le premier (1812), réunit tous les cas de tumeurs du siège dans lesquels on avait cru trouver une extrémité céphalique ; il refuse de considérer ces malformations comme des fœtus inclus, pour attribuer à la partie inférieure du tronc un pouvoir végétatif en vertu duquel elle pourrait donner lieu à la production d'une tête plus ou moins rudimentaire, de même que la partie supérieure donne naissance à l'extrémité céphalique. Cette hypothèse gratuite est fortement battue en brèche par les auteurs contemporains et Meckel se rallie bientôt à la théorie de l'inclusion fœtale, généralement admise, pour toutes les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.

En 1836, Geoffroy Saint-Hilaire, dans son *Histoire des*

anomalies, expose des conceptions nouvelles qui sont reconnues exactes encore aujourd'hui. Il fait entrer ces tumeurs dans la classe des monstres doubles, ordre des parasitaires, tribu des endocymiens (ἔνδον, dedans, κυμα, fœtus) dermocymes.

Lebert (1852) sépare les monstruosités par inclusion des kystes dermoïdes et il en donne une symptomatologie toute spéciale.

Période histologique. — En 1858, Lotzbeck, dans un mémoire paru à Munich, fait un premier essai de classification et, suivant l'élément histologique prédominant, distingue des tumeurs : graisseuses, osseuses, fibreuses, cartilagineuses, vasculaires, kystiques, épithéliales. Cette tentative, bien qu'imparfaite, était cependant le premier pas effectué dans la voie que devaient suivre les auteurs pour arriver à la connaissance de la nature de ces productions anormales.

Forster, en 1861, reconnait à toutes les néoformations sacrées congénitales une origine parasitaire et les considère comme dues à un reste fœtal disparaissant ou ne laissant que des traces plus ou moins reconnaissables.

Moussaud, la même année, Constantin Paul, l'année suivante, s'attachent surtout à faire une étude clinique de ces tumeurs, ils n'en recherchent point leur structure.

En 1868, Molk, dans sa thèse de Strasbourg, rapporte 25 observations d'inclusions fœtales sacro-coccygiennes ; il divise ces dernières en trois classes, suivant qu'elles renferment des extrémités, des os, ou des portions d'intestin. Il en étudie l'anatomie pathologique, décrit leur volume, leur siège, leur longueur, enfin il s'occupe de l'état de la mère et de l'enfant, et suivant les cas propose une intervention immédiate. Les idées de Molk sont vul-

garisées en France par Duplay, qui, la même année, publie une revue critique de la question.

A partir de cette époque les travaux d'ensemble manquent, les auteurs ne publient que les cas soigneusement observés, ils s'appliquent surtout à étudier la structure histologique de ces tumeurs, persuadés que la connaissance de leur constitution intime pourra seule expliquer l'énigme de leur nature et de leur formation.

En 1883, Ahlfeld publie à Leipzig un ouvrage important sur « les monstruosités dans l'espèce humaine », et il a l'occasion de parler des tératomes sacrés. « Les organes fœtaux, dit-il, peuvent complètement manquer dans certains tératomes, et les caractères histologiques seuls montrent l'origine fœtale de la tumeur. Ces tératomes correspondent aux types les plus inférieurs des monstres acardiaques. »

Ainsi le domaine des inclusions s'étend au fur et à mesure que l'on y fait rentrer, non seulement les tumeurs renfermant des organes fœtaux, mais aussi celles qui renferment des tissus fœtaux reconnus au microscope, et Panas, dans une communication faite à la Société de chirurgie, donnant son opinion sur la confusion qui règne sur la question des tumeurs de la région sacro-coccygienne, se demande si dans tous les cas « on ne doit pas plutôt penser à une inclusion fœtale avortée qu'à un néoplasme véritable ».

Monod et Brissaud émettent la même opinion dans le *Progrès médical*, 1877 : « Sans exprimer une idée formelle dans un sens ou dans l'autre, nous avons une certaine tendance à admettre que les tumeurs sacro-coccygiennes, depuis les inclusions manifestes jusqu'aux variétés décrites sous le nom de tumeurs mixtes, forment une série continue une sorte de gradation sans ligne de démarcation bien

nettement établie et dont les caractères s'accusent par de simples différences de plus ou de moins ».

Enfin Calbet, dans une thèse très documentée, de Paris (1893), se rattache à l'opinion des deux derniers auteurs que nous venons de citer, mais il va peut-être trop loin en avançant que « l'immense majorité de ces tumeurs » et surtout les sarcomes doivent être attribués à une inclusion fœtale.

Depuis lors, nous n'avons trouvé que quelques observations isolées publiées dans des revues ; nous rapportons celles qui nous ont paru les plus complètes et dans lesquelles nous avons noté un examen histologique minutieux.

DÉFINITION. — LIMITES DU SUJET

Avant d'aller plus loin dans le fond de notre sujet, nous sentons la nécessité de donner une définition aussi exacte que possible de ce que l'on doit entendre par inclusion fœtale ; nous connaîtrons ainsi ses limites et nous serons moins exposé à nous égarer dans des questions qui lui touchent de près.

Pour Geoffroy Saint-Hilaire, « l'inclusion fœtale appartient à la classe des monstruosités doubles, ordre des parasitaires, tribu des endocymiens dermocymes. Ceux-ci sont caractérisés par la greffe d'un individu très petit, très imparfait et parasite, sur un individu plus grand, bien conformé dans la plupart des cas et autosite. » A notre avis, cette définition n'établit aucune limite entre l'inclusion et l'hétéradelphie ou monstruosité par implantation.

Cruveilhier est bien plus précis en s'exprimant ainsi : « On peut dire que les parasites par inclusion sont greffés à l'intérieur comme les parasites par implantation sont greffés à l'extérieur du fœtus porteur, et l'analogie entre les uns et les autres est suffisamment établie par les cas mixtes dans lesquels les membres d'un parasite par implantation sortent d'une tumeur contenant elle-

même des parties parasitaires. » Cette distinction est très judicieuse, attendu qu'elle est basée sur des faits d'observation. elle a l'avantage de montrer la gradation insensible que suit la nature pour passer des êtres les plus parfaits aux monstres les plus rudimentaires: *natura non facit saltus*, mais la difficulté subsiste toujours : comment distinguer où commence le parasite inclus et où finit le parasite implanté ?

Aussi adopterons-nous la définition suivante que nous empruntons à Moussaud, définition provisoire du moins, tant que les recherches embryologiques et tératologiques n'auront pas suffisamment fait connaître les « phénomènes intimes de la reproduction et les écarts de la nature dans la formation des êtres organisés ». Nous admettrons donc « qu'il y a inclusion fœtale chaque fois que le parasite, greffé profondément sur le fœtus porteur et recouvert de toutes parts par les téguments de ce dernier, lui adhère par un large pédicule, soit qu'un membre plus ou moins rudimentaire fasse saillie à la surface de la tumeur parasitaire, soit que celle-ci en soit complètement dépourvue ». Cette définition est encore plus complète et plus précise : elle écarte du cadre des monstruosités par inclusion les cas d'hétéradelphie, mais n'en exclut pas les variétés de kystes dermoïdes, aujourd'hui bien connus, dans la constitution desquels on trouve aussi des organes ou des tissus fœtaux. Devra-t-on, pour expliquer ces formations, invoquer l'inclusion fœtale ? Avec Lebert, nous ne le pensons pas ; la théorie de l'hétéroplastie plastique formulée par cet auteur et admise par beaucoup d'autres, en vertu de laquelle « beaucoup de tissus composés et des organes plus complexes même peuvent se former de toutes pièces dans les endroits du corps où on ne les rencontre point », suffit pour nous donner une raison de

leur apparition. D'autre part, les expériences de Masse viennent confirmer cette manière de voir ; cet auteur introduit dans le ventre de jeunes rats des segments de membres, des lambeaux de peau, enlevés à des nouveau-nés de la même espèce, et au bout de deux mois constate que ces organes et ces tissus se sont greffés sur le péritoine, et transformés en kystes reproduisant la structure des dermoïdes.

Nous en arrivons ainsi à réduire le domaine de l'inclusion. Mais devons-nous suivre Lebert jusqu'au bout de sa théorie et prétendre avec lui que les cas de fœtus inclus sont très exceptionnels, pour rattacher à l'hétérotopie l'immense majorité de ces tumeurs ? Telle n'est pas l'opinion de Moussaud, à laquelle nous nous rallions :

« L'hétérotopie, en effet, ne porte ordinairement que sur un seul élément anatomique (lipomes, tumeurs fibroplastiques, enchondromes). Toujours plusieurs tissus ou plusieurs éléments sont associés dans l'inclusion. Si dans quelques kystes dermoïdes on trouve à la fois des dents, de la graisse, des poils, des fragments osseux, etc., la démonstration de la non-congénitalité manque précisément dans ces cas. »

Et maintenant, en ce qui concerne le terme lui-même d'*inclusion fœtale*, nous ferons remarquer que nous le trouvons imparfait et incomplet ; nous lui préférerions de beaucoup celui de *fœtu intra-fœtum*, employé par Capadose en 1818, ou celui de *fœtus in fœtu*, donné par plusieurs auteurs à ces monstruosités. Ces dernières dénominations présentent à l'esprit une idée plus large et plus nette de la gémellité des deux êtres, contenant et contenu ; enfin, elles s'accordent mieux avec la définition que nous venons de donner. Nous conserverons cependant, au cours de ce travail, le premier de ces termes que l'usage a consacré.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lorsqu'on a lu un certain nombre d'observations d'inclusion fœtale, on est frappé par la multiplicité et la variété des éléments que l'on y rencontre : tout y est représenté plus ou moins parfaitement, et depuis des organes entiers bien conformés jusqu'à un inextricable mélange d'éléments histologiques divers, tous les intermédiaires ont été observés.

A priori, on peut ne pas être surpris de cette complexité et de cet enchevêtrement, si l'on pense que les tissus renfermés dans ces tumeurs sont constitués par des cellules jeunes, quelquefois non encore différenciées et douées d'une activité de reproduction particulièrement intense, et que d'autre part ils sont englobés dans la masse des tissus du sujet porteur, lequel se développe plus vite, gêne et limite de plus en plus leur développement. Il en résulte des pressions réciproques, des pénétrations d'amas cellulaires dans des milieux histologiques hétérogènes, aboutissant au bouleversement que l'on observe assez souvent.

Devant cette complexité, on se trouve embarrassé lorsqu'on veut donner dans une description d'ensemble les caractères histologiques de ces tumeurs. Dans cette étude

anatomo-pathologique, nous procéderons plan par plan et nous examinerons successivement la peau, les membranes d'enveloppe, le contenu de la tumeur ; pour ce dernier, nous passerons en revue chaque appareil.

I. — Peau

La peau qui recouvre ces inclusions fœtales se continue avec celle des régions voisines qui glisse, grâce à la laxité du tissu cellulaire sous-cutané. Cette laxité est variable suivant les points que l'on considère : assez étendue du côté des fesses et du périnée, elle est plus limitée dans la région sacro-lombaire, aussi voyons-nous ces tumeurs se développer très peu à ce niveau, pour s'étendre davantage vers le périnée et les bourses, comme le montrent les dessins que nous donnons.

Au fur et à mesure que s'accroît la difformité, la peau s'amincit et se distend grâce à son élasticité ; cette dernière atteint bien vite ses limites ; des tiraillements, des compressions vasculaires et nerveuses se produisent, qui mettent les téguments dans des conditions de nutrition défectueuses ; leur coloration, qui était d'abord normale, subit des modifications diverses suivant les points considérés : elle devient violacée, lie de vin, ou bleu plus ou moins foncé vers les parties déclives, tandis qu'elle change peu dans la partie supérieure.

En même temps on voit apparaître des dilatations veineuses, des varicosités qui sont l'indice d'une gène circulatoire plutôt que d'une vascularisation plus intense.

On observe parfois de la transparence dans la partie inférieure de la tumeur, ainsi que l'a noté Himly dans une observation.

Des complications surviennent fréquemment ; par suite des troubles de nutrition locale et de traumatismes même légers, on peut voir la peau s'ulcérer, se gangréner et surtout devenir le siège de phénomènes inflammatoires graves. Des déchirures peuvent se produire au moment de l'accouchement ou après la naissance et donner issue aux matières liquides ou solides contenues dans la tumeur.

II. — Membranes d'enveloppe

Enveloppe fibreuse. — Au-dessous de la peau, on rencontre tantôt une membrane unique, fibreuse, tantôt une deuxième enveloppe séreuse qui tapisse la première. La membrane fibreuse, qui a reçu le nom de *capsule*, peut se présenter sous divers aspects : parfois mince, lisse et fortement vascularisée, elle est dans d'autres cas, au contraire, très épaisse, résistante et parcourue par un petit nombre de vaisseaux ; dans une observation de Constantin Paul « elle formait une sorte d'aponévrose analogue à l'oponévrose plantaire ». Les rapports qu'elle affecte avec les organes voisins sont très variables ; elle est tantôt reliée aux parois du bassin (ligne innominée, face antérieure du sacrum et du coccyx), tantôt à la face postérieure du rectum. Ces adhérences sont constituées, soit par une toile celluleuse, mince, renforcée de tractus fibreux assez peu résistants, soit par de véritables cordons ligamenteux allant se fixer en des points très divers des parois pelviennes.

Séreuse. — La seconde membrane, véritable séreuse, ordinairement mince, à surface interne lisse et finement vascularisée, est munie d'un épithélium pavimenteux ; on

n'a jamais observé sa réflexion sur le contenu parasitaire pour former un feuillet viscéral. Souvent fermée et isolée de toutes parts, elle est aussi fréquemment reliée par un mince pédicule à la séreuse rachidienne avec laquelle elle se continue, faisant communiquer parfois sa cavité avec celle de l'arachnoïde. Ce rapport de continuité pourrait expliquer les cas d'inclusion fœtale compliqués d'hydrorachis, comme dans l'observation de Constantin Paul.

III. — Contenu de la Tumeur

Parties liquides. Lorsqu'on ouvre une tumeur renfermant un fœtus inclus, on observe fréquemment l'écoulement d'un liquide dont les caractères sont très variables suivant les cas. Clair comme de l'eau dans le cas de Himly, sanguinolent ou séro-sanguinolent (Constantin Paul, Westerschulte), il est le plus souvent d'une coloration jaune citrin. Sa composition n'a pas été l'objet de beaucoup de recherches ; on s'est borné, presque dans tous les cas, à noter ses caractères physiques grossiers. La seule donnée assez complète que nous ayons, est due au professeur Stromeyer, qui a soigneusement étudié les propriétés physiques du liquide fraîchement retiré de la tumeur dans le cas de Himly. Nous nous permettons de le reproduire ici :

Propriétés physiques

1° Le liquide étant parfaitement clair, il y avait quelques flocons tout à fait insignifiants, d'une couleur laiteuse, qui nageaient d'abord et qui se sont bientôt déposés par le repos ;

2° A la lumière réfléchie, le liquide, examiné en masse,

donnait une faible couleur jaunâtre de vin blanc ; par transparence ou par gouttes isolées il était incolore ;

3° Le poids spécifique à la température moyenne et à la pression moyenne était de 1011. Le liquide filtrait facilement et se laissait diviser en gouttes quand on le versait d'un vase dans un autre ;

4° Le goût en était fade et faiblement salé ;

5° A froid, il n'avait pas d'odeur ; chauffé, il donna l'odeur fade particulière aux liquides albumineux.

Analyse chimique élémentaire

318 grammes de liquide ont été examinés et ont donné pour 100 parties les proportions suivantes :

Eau	96 gr. 227
Albumine	2 gr. 893
Substance animale soluble dans l'eau et l'alcool (osmozone)	0 gr. 850
Chlorure de sodium en quantité notable	
Lactate de soude	
Carbonate de soude	
Sulfate de soude	
Phosphate de soude	
Carbonate de chaux	0 gr. 018
Carbonate de magnésie	
Phosphate de chaux	
Carbonate de soude contenant un peu de chlorure de sodium et de sulfate de soude	0 gr. 012

Le produit de cette analyse indique que la composition du liquide se rapproche beaucoup de celle du liquide amniotique.

L'examen microscopique y a décelé des cellules épithéliales et des globules rouges.

La quantité de liquide est très variable aussi. Himly en

retira une première fois 350 grammes ; il fit ensuite quatre autres ponctions et chaque fois le liquide se reproduisit rapidement, quoique en moindre abondance.

Nous ferons remarquer, enfin, que depuis une fluidité parfaite jusqu'à une consistance pâteuse (cas de Kümmel), on a observé tous les degrés.

Parties solides renfermées dans les inclusions fœtales

Les parties solides renfermées dans ces tumeurs ne représentent pas un fœtus dans son ensemble ; ce sont tantôt des membres, une tête, des fragments d'organes, ou bien des tissus fœtaux. Nous étudierons chaque organe en particulier en commençant par ceux qui nous ont paru les plus parfaitement développés.

Membres. — Les cas les plus curieux sont dus, l'un à Fattori, l'autre à Himly. Dans le premier, l'auteur décrit deux fœtus inclus, dont l'un présente « deux pieds munis de cinq orteils ; un des pieds s'articulait avec une jambe formée par un tibia recouvert par la peau ; le second fœtus était arrivé à un développement semblable et avait également deux pieds, mais l'un de ces deux pieds était seul muni de ses cinq orteils, l'autre n'en avait qu'un ». Dans le cas de Himly on pouvait sentir des os, « voir clairement à la surface une main et un pied. A la main, il y avait cinq doigts et un pouce ; au pied, cinq orteils ». Toutes ces parties sont quelquefois bien conformées, mais le plus souvent se trouvent difformes, les doigts sont fréquemment soudés entre eux. Le plus souvent, on ne rencontre dans ces parties que du tissu conjonctif, des cartilages et des os. Dans deux cas seulement, de Von

Baer et de Sonnenburg, on trouva ces organes munis de muscles, de vaisseaux et de nerfs. Le squelette d'un membre peut être entièrement représenté ; on a noté l'humérus articulé avec un cubitus, un radius, les os du carpe, du métacarpe et des phalanges ; l'humérus était rattaché à une omoplate munie d'une clavicule normale et adhérente au sacrum par l'intermédiaire d'un os pris pour la moitié d'un sternum.

Extrémité céphalique. — La tête a été observée plusieurs fois, aussi bien dans ses parties molles que dans son squelette. Himly, dans son observation soigneusement prise, relate la présence des os : frontal, temporal, sphénoïde avec ses deux ailes, maxillaire supérieur et portion du maxillaire inférieur. Ces deux dernières pièces squelettiques sont les plus fréquentes et les plus reconnaissables ; elles sont, le plus souvent, munies de leurs dents. Dans le cas de Léon, il y avait des portions « bien caractérisées d'une face fœtale, à savoir : paupières supérieure et inférieure de l'œil gauche garnies de leurs cils et leurs sourcils. Les deux paupières peuvent se séparer et laisser à découvert une superficie rouge analogue à la conjonctive ; une lèvre supérieure très développée qui couvre parfaitement une partie d'un maxillaire supérieur rudimentaire garni de trois ou quatre dents incisives bien développées ; petite cavité buccale avec langue rudimentaire. » Dans ce cas, il est vrai, ces parties étant situées sur la fesse gauche de l'enfant, on ne peut songer à une inclusion véritable ; et si nous rappelons son observation à la fin de ce travail, ce n'est que pour indiquer combien il est difficile de séparer nettement les tumeurs qui nous occupent des monstruosités par implantation.

La colonne vertébrale a été constatée par Ollivier d'An-

gers, Wedmeyer, Lassonne et Michel. Le premier de ces auteurs lui décrit plusieurs pièces osseuses, réunies entre elles par des faisceaux ligamenteux qui leur permettent quelques légers mouvements les uns sur les autres, l'ensemble constituant un conduit ostéo-fibreux. Le thorax s'est trouvé tout entier représenté, mais avec des côtes très rudimentaires.

Tube digestif. — L'appareil splanchnique que l'on rencontre le plus souvent dans les inclusions fœtales est, sans contredit, l'appareil digestif. Il s'y est présenté à son maximum de développement, avec ses anses intestinales bien conformées, mesurant 0 m. 50 centimètres de long, entourées d'un péritoine non douteux et constituant un mésentère complet, parcouru par des vaisseaux et des nerfs. Leur contenu avait tous les caractères du méconium ; leur structure répondait en tous points à celle que l'on rencontre normalement, avec muqueuse à épithélium cylindrique type, cellules caliciformes, glandes de Lieberkühn, follicules clos. La couche sous-muqueuse et les deux tuniques musculaires étaient très nettes aussi.

Dans certains cas où l'on n'a trouvé dans ces tumeurs que des traces d'intestin, on a rattaché ces productions à la persistance de l'intestin post-anal et aux vestiges coccygiens. Nous n'avons pas à entrer dans ces détails, qui nous porteraient hors de notre sujet et qui se trouvent très bien développés dans un article de Tourneux et Hermann (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*) et dans celui de Broca et Cazin (*Revue d'orthopédie*, 1895).

Appareil respiratoire. — En 1891, Kiener, de Montpellier, signale dans une tumeur du siège, extirpée chez un enfant de 7 jours, la présence « d'un épithélium stra-

tifié, recouvert de cellules cylindriques à cils vibratiles ou de cellules caliciformes. Elles ont une tunique externe fibro-élastique, renforcée de fibres musculaires lisses et d'îlots cartilagineux formant des demi-anneaux presque complets autour de la cavité. Enfin, au pourtour des anneaux cartilagineux sont agglomérées des glandes muqueuses en grappe qui s'ouvrent par un conduit excréteur dans la cavité. » Cette description répond évidemment à la structure des bronches. Buzzy, en 1887, rapporte un cas où il trouva les mêmes éléments bronchiques. Enfin, M. le professeur Bosc, qui a soigneusement étudié la tumeur de notre observation Ire, a constaté, « disséminés sur une surface restreinte, de petits tubes tapissés par un épithélium cylindrique à cils vibratiles très nets comme les cellules des grandes voies aériennes. »

Appareil circulatoire. — Le cœur est, de tous les organes, celui qui n'a jamais été observé d'une façon indiscutable. Dans un cas de Prochaska on remarquait bien « deux tumeurs en forme de cœur... que l'on voulait regarder comme les ventricules du cœur », mais cette description est trop courte et trop insuffisante pour entraîner la certitude que l'on avait affaire à cet organe. Dans l'observation Ire, l'examen histologique a montré la présence « de fragments plus ou moins longs, de fibres musculaires striées, dont quelques-unes présentent une dichotomisation identique à celle des cellules musculaires du cœur ». C'est le seul exemple de rudiments cardiaques qui soit signalé jusqu'à aujourd'hui, du moins à notre connaissance. Cette absence ou ce défaut de développement du cœur justifie bien l'appellation de « monstres acardiaques » qu'on a donnée à ces monstruosités. On

en a fait tantôt la cause, tantôt l'effet du faible accroissement du fœtus inclus. Quoi qu'il en soit, ce fait nous autorise à penser qu'il s'agit d'un être dont le parasitisme remonte à une époque voisine de la formation du cœur et qui ne peut être que le frère jumeau du sujet qu'il habite.

Les vaisseaux sanguins, par contre, se trouvent très fréquents et bien conformés, avec leurs différentes tuniques. Dans un fragment de la tumeur examinée par M. le professeur Bosc, « on note des vaisseaux d'un très grand volume, entourés d'une couche épaisse de fibres musculaires lisses. » On a signalé fréquemment aussi des vaisseaux lymphatiques normaux avec ganglions (Kiener).

Système nerveux. — Le système nerveux central a été constaté plusieurs fois ; Wills décrit une « tête d'embryon grosse comme un œuf, contenant un corps analogue au cerveau et dont la partie postérieure formait une masse analogue au cervelet ». De toutes les descriptions anciennes, celle-ci est la meilleure. Les observateurs modernes ont été plus précis : ils ont fait des examens histologiques qui ont démontré dans les inclusions fœtales la présence de tous les éléments constitutifs du système nerveux (Kummel, Buzzi, Beyer). Freyer a fait une étude comparative de la substance nerveuse trouvée dans ces tumeurs avec celle du fœtus autosite, et n'a trouvé aucune différence. « Le tout, comparé à des préparations de la substance grise périphérique du cerveau de ce fœtus, présente avec ces préparations (de la tumeur) une extraordinaire ressemblance. Assurément les fibres nerveuses et les fibres ganglionnaires manquent dans les deux préparations et ne peuvent point être décelées par l'acide osmique. » L'auteur s'attache à démontrer que la masse analogue au cerveau est vraiment de la substance cérébrale fœtale.

Dans ces dernières années, Laguesse, de Lille, a trouvé dans une de ces tumeurs un tissu « formé par une sorte de feutrage fibrillaire très délicat, rappelant la névroglie et résistant à l'action de la potasse à 10°, qui ne le gonfle ni ne le décolore (après coloration à l'éosine). Par l'acide osmique, il prend une teinte brune, plus foncée que le reste. Il contient de nombreux noyaux autour desquels on aperçoit des corps protoplasmiques assez larges, étoilés et vivement colorés par le carmin ; semblables, en un mot, à des cellules nerveuses. Comme le tissu nerveux embryonnaire, celui-ci ne contient point de vaisseaux. »

Les nerfs ont été aussi constatés, nous avons eu l'occasion d'en parler à propos des membres renfermés dans ces formations monstrueuses.

Organes génito-urinaires. — Rarement signalé comme rentrant dans la constitution de ces tumeurs, l'appareil génito-urinaire n'y a été représenté que par une vessie rudimentaire, s'ouvrant à la racine d'un pénis hypospade (Freyer), un scrotum, un pénis pourvu d'un gland bien conformé, mais imperforé, et un petit corps représentant un rein ou un testicule (Simmonds).

Organes glandulaires. — Martin, de Lyon, cité par Ollivier, d'Angers (*Arch. gén. de méd.* 1827), rapporte un cas d'inclusion fœtale dans laquelle il trouva une « masse glandulaire ressemblant au pancréas et une substance d'un rouge foncé analogue au foie ». Depuis lors on n'a rien signalé de pareil ; on ne peut évidemment, d'après ces faits, affirmer l'existence de ces organes. Par contre, on a très fréquemment reconnu, dans des coupes histologiques de ces tumeurs, des formations glandulaires répondant par-

faitement aux caractères des glandes : parotide, mammaire. Cette dernière était nettement constatée, dans l'observation Ire, « avec son canal excréteur à cellules cylindroïdes, autour duquel existent des groupes d'acini à cellules cubiques disposées en lobules. Ces lobules sont entourés de tissu conjonctif, sauf en certains points où le tissu myxomateux entre en contact direct avec eux. » Il arrive souvent que la lumière des tubes glandulaires s'obstrue par prolifération épithéliale et le tube dilaté donne lieu à des cavités kystiques ; celles-ci, quelquefois nombreuses et contiguës, peuvent constituer par leur coalescence de grandes cavités aréolaires. La présence des petits kystes observés à la base d'implantation de la tumeur qui fait l'objet de l'observation Ire, pourrait bien reconnaître cette pathogénie, mais nous ne saurions être affirmatif.

Organes des sens. — Le cas le plus remarquable où l'on ait trouvé un organe sensoriel est dû à Kümmel. Cet auteur donne une description très longue d'un globe oculaire paraissant arrivé à la sixième semaine de son développement et présentant toutes les parties constitutives d'une vésicule optique embryonnaire avec couche cristallinienne, cellules épithéliales pigmentées de la rétine. Les annexes de l'œil : paupières garnies de cils et de leurs sourcils, conjonctive bien développée, ont été signalées dans l'observation de Léon et de Kleinwachter.

La bouche, munie d'une langue rudimentaire, se trouve décrite par l'un de ces auteurs ; nous avons eu l'occasion d'en parler, nous n'y reviendrons pas.

Kystes. — La masse de la tumeur est très souvent constituée par des productions kystiques qui en augmentent

considérablement le volume. Plus fréquents dans les inclusions qui ne renferment pas d'extrémités supplémentaires, ces kystes peuvent présenter toutes les dimensions, depuis celui d'une poche microscopique jusqu'à celui des grandes cavités contenant jusqu'à 3 litres de liquide et même davantage. Leur nombre n'est pas moins variable ; leur contenu, tantôt fluide muqueux colloïde ou gélatineux, se trouve parfois friable, athéromateux. Sa coloration, le plus souvent jaunâtre, se trouve dans quelques cas modifiée par des extravasations sanguines ou de véritables hémorragies se produisant à l'intérieur du kyste.

Annexes fœtales. — Outre les parties constituantes du fœtus, certains auteurs ont noté des débris de membranes et de placenta. Il semble bien, de prime abord, que la présence des annexes fœtales puisse être observée, mais, en réalité, lorsqu'on fouille avec soin les observations dues à Ollivier d'Angers, Wills, Prochaska, Constantin Paul, qui ont signalé de pareils faits, on ne trouve pas l'affirmation nette de l'existence de ces parties annexielles. Ces auteurs se bornent à dire qu'ils ont constaté des tissus *analogues* au tissu placentaire, et dans aucun cas l'examen histologique n'est venu à l'appui de ces constatations. Bien plus, Ercolani, en 1871, examinant à nouveau des pièces que Fattori avait affirmé être des fragments certains de placenta, prouva que ces prétendus tissus placentaires contenaient des îlots cartilagineux, des fibres musculaires et du tissu conjonctif. Enfin, dans aucune des observations récentes où l'examen microscopique a été soigneusement fait, on n'a retrouvé des traces de cet organe. On est donc obligé d'admettre l'une des deux hypothèses suivantes :

1° Ou bien le placenta formé n'a pas été ou n'a pu être reconnu, soit par l'insuffisance des recherches, soit par suite de modifications de sa structure après sa formation ;

2° Ou bien il n'a pas été formé.

Nous ne saurions nous rattacher à la première de ces hypothèses, qui n'a pour elle aucun argument, alors qu'il est bien plus simple et bien plus rationnel d'admettre la seconde. Si nous insistons sur ce point, c'est que nous lui accordons une grande importance au point de vue de la pathogénie de l'inclusion, l'absence du placenta serait plutôt en faveur d'une diplogenèse univitelline.

Quant à l'amnios, il pourrait peut-être constituer la membrane séreuse qui est très souvent appliquée immédiatement sur le contenu de la tumeur, entre celui-ci et la capsule fibreuse. Il est permis de penser que cette membrane puisse exister, même sans le placenta, attendu qu'elle se développe avant ce dernier et que, d'autre part, le fœtus inclus vit aux dépens de son frère et peut se passer d'une circulation placentaire qui lui soit propre. Cette hypothèse nous semble logique, mais il resterait à faire la preuve de l'identité de la séreuse qui enveloppe la tumeur avec l'amnios ; cette preuve ne pourrait être faite que par la similitude de structure de ces deux membranes, or on n'a même pas cette ressource, attendu que toutes les séreuses se ressemblent. Du reste, si l'on admet cette identité, une nouvelle difficulté se présente : comment interpréter, en effet, les cas où l'on ne trouve qu'une capsule fibreuse autour du fœtus inclus, comme dans l'observation I ? Faudra-t-il admettre que l'un des embryons s'est inclus dans l'autre avant la soudure des capuchons de son propre amnios ? Cela ne suffirait pas, il faudrait admettre aussi que cette soudure n'a pas eu lieu pour l'embryon porteur, ce qui revient à dire que l'inclusion

fœtale, si l'on admet la dualité des germes, s'est produite avant la formation de la poche amniotique de chaque embryon. Dès lors on n'aurait plus à rechercher ce que sont devenus l'amnios et le placenta.

On aborde ainsi des considérations pathogéniques sur lesquelles nous reviendrons au chapitre suivant et pour lesquelles il nous sera utile de retenir ce fait d'observation négatif : qu'on n'a jamais constaté ni prouvé la présence des annexes fœtales dans ces tumeurs.

Dans ce qui précède, nous avons remarqué que toutes les parties fœtales sont représentées dans les inclusions de la région sacro-coccygienne, que ces parties s'y montrent tantôt sous l'aspect d'organes ou fragments d'organes plus ou moins bien conformés, mais macroscopiquement reconnaissables, tantôt sous forme de tissus fœtaux que l'examen à l'œil nu peut faire reconnaître, mais qui demandent le plus souvent le secours du microscope ; nous résumons ces variétés dans le tableau suivant :

I. Inclusions fœtales renfermant des organes ou fragments d'organes macroscopiquement reconnaissables.

II. Inclusions fœtales renfermant des tissus { macroscopiquement reconnaissables. / microscopiquement reconnaissables.

Tous ces débris de fœtus sont plongés dans un milieu histologique très variable. Le tissu conjonctif est celui qu'on y rencontre le plus souvent : il unit ou isole ces organes ou tissus fœtaux et se présente sous des aspects très divers.

Dans le cas inédit que nous rapportons, il revêt la forme du tissu myxomateux de consistance gélatineuse, constituant la plus grande partie de la tumeur et formant une gangue mésodermique au sein de laquelle sont

comme noyés les tissus fœtaux. Ces éléments myxomateux ont une tendance à envahir toute la tumeur ; ils dissocient de plus en plus les bandes fibreuses et forment des espaces de plus en plus considérables ; ils subissent, en outre, la dégénérescence mucoïde. Ailleurs, vers la périphérie, on ne trouve guère que du tissu fibreux constitué par de larges bandes lamelleuses, de sorte que si l'on se contentait d'examiner un seul fragment de la tumeur, on pourrait porter le diagnostic de fibrome, de myxome ou de fibro-myxome, suivant le point où ce fragment aurait été prélevé.

Dans la tumeur examinée par Laguesse, c'est le tissu lipomateux qui prédomine en un point et tend à se substituer aux autres éléments histologiques. Dans une autre partie de la tumeur, « on trouvait de nombreux lambeaux petits ou gros, très irréguliers, d'un tissu qui paraissait appartenir aux centres nerveux ».

Freyer signale un cas d'inclusion dans laquelle, à côté de traces d'intestin et d'autres parties fœtales, on trouve du tissu lipomateux constituant presque toute la masse de la néoplasie.

Menzel, en 1878, observe des formations kystiques prédominant en certains endroits, tandis que d'autres points ne présentent que du tissu cartilagineux, osseux ou musculaire.

Enfin, Kirmisson et Küss, dans une tumeur kystique de la région qui nous occupe, rencontrent des formations glandulaires, du tissu conjonctif jeune « dont l'apparence rappelait celle de la névroglie », des fibres musculaires striées et des fibres lisses.

Des exemples qui précèdent nous pouvons conclure que, suivant la prédominance de tel ou tel tissu, les inclusions fœtales de la région sacro-coccygienne peuvent

prendre l'aspect des myxomes, lipomes, fibromes, chondromes, tumeurs polykystiques. Dans ces conditions, si l'on s'en tient seulement à l'aspect macroscopique de la néoplasie, ou si l'on se contente d'examiner au microscope un seul ou même un petit nombre de fragments pris dans la tumeur, on risque fort de méconnaître la nature de cette dernière.

Nous pouvons, dès à présent, nous expliquer pourquoi on a confondu ces néoformations avec toutes celles qui se présentent dans la région sacro-coccygienne. Nous ne prétendons pas rattacher toutes les tumeurs sacrées à des fœtus in fœtu ; elles peuvent se présenter dans cet endroit du corps comme elles existent en d'autres, mais il est permis de penser qu'un grand nombre d'entre elles, considérées autrefois comme des tumeurs banales, doivent être rangées dans le groupe des monstruosités par inclusion.

Nous ferons remarquer, en outre, que, entre les inclusions fœtales manifestes et les autres néoplasmes de cette région, il y a des cas intermédiaires, où les diverses espèces de tissus fœtaux sont en si petit nombre qu'il est à peine permis d'admettre leur origine parasitaire. L'observation de Küss et Kirmisson, rapportée à la fin de ce travail, en est un exemple.

Implantation et connexions. — Après avoir étudié la structure des inclusions fœtales de la région qui nous occupe, nous devons rechercher quels en sont les points d'implantation et les connexions. Si quelquefois ces tumeurs sont encapsulées et isolées de toutes parts, de manière qu'on ne puisse distinguer aucun pédicule net, ni aucune adhérence spéciale, il n'en est pas de même dans la majorité des cas.

Dans toutes les observations d'inclusion fœtale non douteuse, nous avons recherché celles où le point d'implantation avait été soigneusement noté.

Sur 22 cas, nous avons rencontré cette insertion 15 fois à la face antérieure du sacrum ou du coccyx, 3 fois à la face postérieure de cette colonne osseuse, et 1 fois sur les parois pelviennes latérales. Cette insertion se fait de différentes manières, nous avons eu l'occasion d'en parler à propos des membranes d'enveloppe de la tumeur, nous n'y revenons pas. Nous ajouterons simplement que le pédicule se trouve quelquefois traversé par des vaisseaux et par des nerfs. Les vaisseaux viennent le plus souvent de l'artère sacrée moyenne, dont le tronc est augmenté de volume. D'autres fois la tumeur reçoit des artères qui pénètrent dans la profondeur par divers points de sa périphérie ; dans un cas de Jastreboff, cité par Calbet, les vaisseaux venaient de l'artère ombilicale.

Les nerfs que l'on a trouvés dans ces tumeurs provenaient du plexus sacré ou des deux nerfs sympathiques.

PATHOGÉNIE

Le mode de fonction des inclusions sacro-périnéales est une question très discutée, qui est du ressort de l'embryogénie et de la tératologie.

Malgré les recherches faites dans ce sens par Costes et Dareste, il n'est pas permis encore aujourd'hui de donner une théorie pathogénique indiscutable.

Nous n'avons pas la prétention de donner ici une nouvelle manière de voir, nous exposerons seulement les diverses explications que l'on a données de la formation de ces tumeurs en nous ralliant à celle qui nous paraîtra la plus vraisemblable.

Quoi qu'il en soit, et de quelque façon que l'on envisage l'inclusion fœtale, on est obligé d'admettre pour expliquer son origine l'une des deux hypothèses suivantes :

1° Ces tumeurs résultent de deux germes fécondés successivement dont l'un a pénétré dans l'autre par des causes et un mécanisme spécial ;

2° Ces monstruosités dérivent d'un ovule double contenant deux germes dont l'un se développe plus que l'autre et finit par l'englober.

En faveur de la première hypothèse, défendue surtout par Ollivier, d'Angers, il est rationnel de penser « qu'il y

a eu primitivement grossesse double (chez la mère du sujet autosite) et conséquemment deux ovules distincts dans la cavité utérine ; or, on sait que dans la conception double il est rare que les fœtus offrent le même volume, tandis qu'il est fréquent de leur voir présenter des différences assez notables ». On a invoqué, pour expliquer l'inégal développement des deux embryons, la gêne qui résulte de leur présence dans la même cavité.

Les défenseurs de cette théorie s'appuient sur ce fait constaté par Hunter et Nück, « que l'on a vu un œuf fécondé, ne descendre dans l'utérus que le septième ou le huitième jour ; or, si pendant ce temps un nouvel œuf vient à être fécondé, on peut voir la pénétration de l'un dans l'autre ». Cette théorie n'a jamais reçu de vérification indiscutable.

La seconde, par contre, bien qu'elle n'ait pas été vérifiée sur l'homme, a pour elle des arguments d'une haute importance : l'embryogénie comparée, en effet, semble lui donner raison. On sait qu'il n'est pas rare de trouver deux germes dans une graine ou dans un œuf d'oiseau, les gallinacés en particulier. Baër a constaté deux ovules dans le follicule de Graaf de l'ovaire d'un chien ; il croit l'avoir vu également chez le porc. Bidder l'aurait observé chez le veau. On peut, semble-t-il, admettre rationnellement qu'il en soit ainsi dans l'espèce humaine et partir de cette supposition très logique pour concevoir la série des phénomènes qui aboutissent à l'inclusion. Supposons deux germes égaux et semblables dans un ovule de Graaf, que cet ovule se développe ; il est vraisemblable de penser que sous l'influence de circonstances particulières, l'un des germes prend tôt ou tard un développement plus marqué que son congénère et finira par l'englober et l'étouffer en quelque sorte.

Broca, dans son « Traité des tumeurs » (t. II, p. 133), s'élève contre cette théorie et pose d'abord en principe que « la pénétration d'un germe dans un germe, d'un embryon dans un embryon, suppose que l'un d'eux est plus volumineux que l'autre, en vertu de cet axiome élémentaire, que le contenant est plus grand que le contenu. Or, ces deux embryons sont jumeaux, ils sont donc à peu près égaux en volume. Supposera-t-on que l'un d'eux soit resté en arrière dans son évolution ? On n'a même pas la ressource de cette hypothèse, car la pénétration est un phénomène mécanique impliquant l'idée que le corps pénétrant est doué d'une consistance supérieure ou au moins égale à celle du corps pénétré. Or, l'embryon est d'autant plus mou qu'il est plus petit, c'est-à-dire moins avancé dans son développement, de sorte que l'introduction d'un embryon petit au milieu d'un embryon plus grand et plus ferme est matériellement impossible. » Nous ferons remarquer contre cette dernière manière de voir, qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer la pénétration d'un germe dans l'autre, mais que le fait de l'enveloppement par suite d'une croissance plus rapide suffit pour expliquer l'inclusion d'un embryon dans l'autre.

Enfin, un autre argument qui semble en faveur de la seconde théorie, c'est qu'on n'a jamais trouvé ou démontré la présence des annexes fœtales dans les monstruosités par inclusion ; plusieurs auteurs ont bien signalé l'existence d'un placenta : Westerschulte lui-même, qui donne une assez bonne description d'un organe « qu'il ne pouvait mieux faire que de comparer à un placenta », n'a pas prouvé histologiquement qu'il s'agissait réellement de cette partie des annexes fœtales.

SYMPTOMATOLOGIE

Si, après la naissance, les inclusions fœtales de la région sacro-coccygienne présentent des caractères particuliers pouvant les faire distinguer des autres tumeurs de cette partie du corps, il n'en est pas de même pendant la grossesse et l'accouchement ; aussi insisterons-nous peu sur les symptômes qui peuvent faire soupçonner leur présence pendant ces deux périodes de la vie fœtale ; les signes présentés après la naissance nous retiendront plus longtemps.

I. — Pendant la grossesse. — Le seul symptôme important que l'on peut voir apparaître est un signe commun à bien d'autres affections de l'embryon et des annexes et surtout à la plupart des monstruosités fœtales, nous voulons parler de l'hydramnios.

Celui-ci, suivant la quantité de liquide contenu dans l'œuf, peut entraîner une série de troubles fonctionnels, d'ordre mécanique, plus ou moins marqués, se traduisant par de l'œdème et des réseaux variqueux dans les membres inférieurs, de la gêne de la miction, enfin de la dyspnée et des troubles gastriques.

Les présentations vicieuses, l'avortement l'accouche-

ment prématuré n'offrent rien de spécial à ce genre de tumeur ; nous ne faisons que les mentionner pour être complet.

Les signes que nous venons de citer ne se rencontrent évidemment que lorsque l'hydramnios est assez accentué ou lorsque la tumeur présente un volume considérable.

Dans l'observation inédite que nous donnons à la fin de ce travail, rien n'avait fait soupçonner quelque malformation. A peine avait-on noté une légère tension de l'abdomen.

II. — Pendant l'accouchement. — Pendant l'accouchement, les phénomènes observés varient suivant la partie fœtale qui se présente ; la production de l'hydramnios occasionne, en effet, des présentations anormales assez fréquentes ; Calbet, dans sa thèse de Paris (1893), relate que le siège s'est présenté 3 fois, les épaules 6 fois sur 109 cas de tumeurs sacro-coccygiennes. Cette proportion est évidemment assez considérable. Nous allons voir ce qui se passe pour chaque cas particulier.

Présentation du sommet. — Lorsque l'enfant se présente par le sommet, les premiers temps de l'accouchement n'offrent rien de particulier; nous n'avons pas trouvé de cas d'anomalie remarquable ; la dilatation, lente s'il y a hydramnios, se complète toujours cependant, et le dégagement de la tête se fait sans difficultés.

Mais, lorsque les épaules sont sorties, la progression du tronc de l'enfant se trouve souvent interrompue ; cet arrêt se produit généralement lorsque l'ombilic est à la vulve. Dans le cas de Westerschulte et celui qui fait le sujet de l'observation I, il en était ainsi. Des tractions plus ou moins énergiques peuvent être nécessaires pour

dégager le siège ; le plus souvent elles suffisent pour amener ce dégagement, quand la tumeur n'est pas trop volumineuse ou trop dure ; le mode de terminaison de l'accouchement, en effet, dépend à la fois du volume de la tumeur et de sa consistance. Si elle est dure, on comprend facilement que, même avec des dimensions peu considérables, le siège ne pourra se dégager qu'au prix de tractions très énergiques ou de manœuvres mutilatrices. Si la tumeur est liquide, le dégagement offre moins de difficultés, même avec une poche assez volumineuse. Dans le cas de Westerschulte, la « poche qui avait plus du double du volume que la tête de l'enfant » parvint cependant à être extraite.

Le passage de la tumeur ne se fait pas toujours sans produire des désordres divers dans le conduit utéro-vaginal.

Dans la première observation, nous avons noté une déchirure légère du périnée ; la tumeur n'était cependant pas très volumineuse, et les tractions avaient été prudentes. Nous n'avons point trouvé de cas de rupture utérine.

Enfin, dans quelques cas, malgré les tractions, la sortie du siège ne se fait pas ; dans ces conditions, si on n'intervient pas rapidement, l'enfant commence à respirer, à crier, et meurt le plus souvent dans un bref délai. Il peut arriver quelquefois des phénomènes heureux, qui favorisent l'expulsion du fœtus : s'il y a une poche liquide, celle-ci peut se rompre, évacuer son contenu et permettre le dégagement du siège. D'autres fois la tumeur, sous l'effet des tractions, se sépare de l'enfant ; à ce moment on peut entendre des craquements qui font penser, comme dans un cas de Soyre et de M[me] Henry, à des lésions osseuses et qui sont dus à la déchirure du pédicule de la tumeur.

Présentation du siège. — Lorsque le siège se présente au détroit supérieur, on observe des signes peu nets ; la tumeur, si elle est fluctuante, peut simuler une poche des eaux. Dans un cas de Gilles, la main, introduite tout entière, ne put reconnaître la partie qui se présentait ; l'accouchement ne se fit qu'avec de grandes difficultés.

Présentation de l'épaule. — Dans les présentations de l'épaule, l'accouchement est très difficile, et la version devient très pénible si la tumeur est volumineuse.

III. — Après la naissance. — Les symptômes constatés après la naissance, peuvent se diviser en symptômes physiques et symptômes fonctionnels.

Symptômes physiques. — Nous avons vu déjà, à propos de l'anatomie pathologique, l'état de la peau, sa coloration, sa transparence, et les diverses complications dont elle peut être le siège.

De forme plus ou moins sphérique, si elle est petite, la tumeur est le plus souvent piriforme, avec un pédicule d'autant plus étroit que son volume est plus considérable.

Régulière et lisse dans la plupart des cas, elle peut être aussi grossièrement mamelonnée. Elle affecte parfois la forme d'un scrotum, un sillon plus ou moins profond la divise en deux lobes. Le cas le plus curieux est celui de Proschaska, dans lequel la tumeur avait pris une telle extension qu'elle avait « enveloppé les jambes, comme l'hydrocèle volumineuse englobe la verge dans le scrotum ».

Le volume des inclusions fœtales de la région sacrée atteint le plus souvent celui d'une tête de fœtus à terme ; il peut devenir plus considérable, surtout si ces tumeurs renferment des cavités kystiques. Sur 16 observations où les dimensions ont été notées avec soin au moment de la

naissance, deux fois seulement le volume égalait celui d'une orange ; dans 4 autres cas, il était supérieur à celui d'une tête fœtale.

De consistance molle, élastique ou rénitente avec fluctuation manifeste, ces tumeurs offrent quelquefois une dureté uniforme, enfin elles peuvent présenter ces deux états dans des points voisins. On ne saurait du reste préciser cette étude ; tout ce que l'on peut avancer, c'est que, en général, la partie solide se trouve à la base d'implantation de la tumeur, tandis que les parties liquides occupent les points déclives.

L'attention des auteurs s'est souvent portée sur l'existence de mouvements actifs observés au niveau de ces tumeurs. Nous avons trouvé 7 faits de ce genre et remarqué que les caractères de ces mouvements ne sont pas identiques dans tous les cas. Dans l'observation de Trèves, il s'agissait de mouvements se passant dans des mamelons cutanés analogues à des doigts. Dans le cas d'Ahlfeld, ils étaient tantôt réguliers, tantôt irréguliers, présentaient, en outre, des convulsions rythmiques formant des ondulations à la surface de la tumeur. D'autres fois, la chaleur, le froid, un simple contact, un cri de l'enfant (Stolper), en un mot, une excitation quelconque, pouvait déterminer des frémissements. Enfin, la tumeur, dont Bergmann rapporte l'observation, fut coupée en deux, mise en contact avec les deux pôles d'une pile et présenta des contractions intenses qui faisaient ployer la tumeur tout entière en forme de gouttière. La production de ces mouvements ne peut s'expliquer que par la présence, au sein de ces tumeurs, de fibres musculaires lisses ou striées, et, de fait, on a trouvé ces dernières dans tous les cas.

Symptômes fonctionnels. — Les inclusions fœtales sacro-coccygiennes sont presque toujours indolentes, même à la palpation, sauf dans les cas d'inflammation ou de coexistence d'un spina-bifida.

Le petit malade de Küchler pouvait s'asseoir sur sa tumeur comme sur un tabouret, sans éprouver la moindre douleur. Dans un seul cas, cité par Ahlfeld, l'enfant qui restait tranquille quand on déplaçait de tous côtés la tumeur dans son ensemble, s'agitait et commençait à crier dès qu'on appuyait sur les masses dures.

Presque tous les auteurs ont mentionné des *déplacements d'organes*. Le rectum, la vessie et tous les organes pelviens ont été refoulés dans des directions et à des distances diverses, suivant le développement de la tumeur. Dans notre observation Ire l'anus était projeté vers le pubis à un centimètre au-dessous des bourses et légèrement béant, le rectum était aplati, rejeté en avant et à gauche, le coccyx, repoussé en arrière. Dans d'autres, on a vu cet orifice accolé sous la symphyse pubienne, et refoulant la vulve au-devant de lui. Enfin, Wedemeyer a vu les matières fécales sortir par un anus placé dans l'aine gauche.

La compression de la vessie a pu déterminer la gêne de la miction ; l'uretère du côté droit s'est trouvé, dans un cas, oblitéré par action mécanique, et Buzzy a noté une constipation rebelle.

Le toucher rectal, que l'on doit toujours pratiquer, donne de précieux renseignements sur l'existence, l'étendue des prolongements de la tumeur vers le bassin ; il indique tantôt un pédicule fibreux inséré sur la face antérieure du sacrum, tantôt un empâtement diffus. Si, pendant que

l'on fait ce toucher, on exerce des tractions sur la tumeur, on peut, jusqu'à un certain point, se rendre compte des adhérences contractées par celle-ci avec les organes voisins et en tirer des indications utiles pour la conduite à tenir pendant l'extirpation.

ÉVOLUTION. — PRONOSTIC

Le parasite, ainsi inclus dans la masse des tissus de l'autosite, ne tarde pas à mourir dans les première périodes de la vie intra-utérine, ou plus exactement à ne plus vivre d'une vie personnelle. Jouant presque le rôle d'un corps étranger, dont il diffère cependant par l'accroissement de ses diverses parties, il emprunte à son frère les conditions d'une existence purement végétative ; mais celui-ci, en revanche, lui fait payer un lourd tribut pour son hospitalité, en gênant son développement, et l'étouffant en quelque sorte. L'accroissement du parasite est d'autant plus gêné, qu'il se trouve entouré d'une enveloppe fibreuse, celle-ci ne lui laisse arriver parfois qu'un petit nombre de vaisseaux par la périphérie ; de sorte que les parties voisines des parois peuvent vivre longtemps, tandis que les parties centrales, dépourvues de toute nutrition, perdent leur vie végétative et deviennent alors de vrais corps étrangers. Ceux-ci, inoffensifs pendant la vie intra-utérine, deviennent fréquemment après la naissance le siège d'altérations diverses et peuvent provoquer notamment un travail inflammatoire qui a pour conséquence leur élimination.

L'autosite, de son côté, subit de la part de son frère, des

influences diverses ; déjà pendant la gestation, la mort ou l'accouchement prématuré peuvent survenir ; mais c'est surtout au moment du travail que ces enfants ont le plus à souffrir de la présence de leur tumeur et ils succombent fréquemment, au cours de l'accouchement, ou bientôt après, aux retards et aux violences du travail, comme dans le cas de Werterschulte et celui que nous publions.

Après la naissance, ces enfants peuvent vivre longtemps, mais ils sont le plus souvent chétifs et affaiblis par la tumeur. En outre, dès les premiers jours, celle-ci augmente rapidement de volume, anémiant rapidement le nouveau-né. Mais, alors même qu'ils sont bien portants, ces enfants n'en sont pas moins exposés aux complications fréquentes survenant du fait de la tumeur, et constituées par des troubles fonctionnels, ou des phénomènes inflammatoires et gangréneux.

Pour donner une idée de la gravité de ces monstruosités parasitaires, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le tableau suivant, que nous empruntons à Constantin Paul :

2 accouchements prématurés à 7 mois, enfant mort.

13 mort-nés.

1 nouveau né, ponctionné, mort en 15 jours.

3 enfants morts dans les 5 premiers jours.

4 morts dans le premier mois, suites d'inflammation gangréneuse.

6 morts à la suite d'opérations diverses : ponction, ablation.

1 guéri après ponction.

D'après cette statistique, le pronostic est très sombre ; mais on ne doit pas tenir compte des cas où les enfants sont morts à la suite d'opérations.

Les résultats obtenus, depuis la méthode antiseptique, sont très encourageants.

DIAGNOSTIC

Il y a 3 périodes dans la vie de l'enfant où il serait nécessaire de porter un diagnostic : pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après la naissance.

Nous ne nous occuperons pas des deux premiers cas, il est, en effet, très difficile, impossible même dans la plupart des cas de distinguer, pendant ces deux périodes de vie intra-utérine, les inclusions fœtales sacro-coccygiennes, des autres tumeurs de cette région.

Après la naissance, il est souvent possible, à l'aide de certains signes particuliers, de faire cette distinction.

Nous allons donner les caractères différentiels dans chacun des cas où la confusion est possible

Spina-bifida. — Lorsque la tumeur est liquide, il faut penser à l'existence d'un spina-bifida. Le point d'implantation ne peut servir de signe distinctif entre les deux affections ; nous avons vu, en effet, que l'insertion des inclusions fœtales peut se faire quelquefois sur la face antérieure de la colonne sacrée ; et, d'autre part, on a signalé l'existence d'un spina-bifida antérieur. Le grand caractère qui différencie les deux maladies, c'est la facilité avec laquelle on refoule le liquide dans le rachis : ce refoule-

ment se traduit par la diminution du volume de la tumeur, qui revient bientôt à des dimensions égales dès que cesse la compression. De plus, le refoulement du liquide détermine le plus souvent des convulsions, des troubles cérébraux, cardiaques et respiratoires : enfin la douleur, l'existence de pieds bots, de troubles rectaux, vésicaux et d'une paraplégie feront facilement reconnaître le spina-bifida.

Mais il est des cas où le diagnostic sera impossible, c'est lorsque les deux affections seront réunies : le spina-bifida communiquant avec l'inclusion. Dans ces cas, les signes tiendront de l'une et l'autre maladie ; Constantin Paul a observé deux cas de ce genre. Enfin, si le spina-bifida a cessé de communiquer avec la cavité rachidienne, par suite d'un rapprochement complet des deux lames vertébrales ou de la présence d'une cloison fibreuse placée transversalement sur le pédicule, il sera encore très difficile d'établir le diagnostic.

Néoplasmes. — Les néoplasmes présentent avec les inclusions sacro-coccygiennes de nombreux points de ressemblance, et les différences sont si peu marquées que certains auteurs ont voulu confondre les deux genres d'affections. En général, les premiers ont un volume peu considérable ; leur consistance est plus ferme, mais, comme les fœtus inclus, ils présentent parfois des zones de fluctuation à côté de parties dures. L'adhérence de la peau en certains points de la tumeur, les prolongements qu'elle envoie de divers côtés, la marche de l'affection, pourront faire reconnaître les néoplasmes.

Kystes dermoïdes. — L'existence de kystes dermoïdes congénitaux dans cette région a été démontrée par Desprès

en 1874. On conçoit qu'en pareil cas, on se trouve très embarrassé pour établir une distinction, mais, en général, le volume de ces kystes est beaucoup moindre que celui des inclusions fœtales ; de plus, leur évolution lente et tardive les fera reconnaître.

Kystes congénitaux. — Les formations kystiques congénitales offrent une grande analogie avec certaines inclusions fœtales. Ni leurs signes cliniques, ni leur structure ne permet de les distinguer des inclusions fœtales, nous avons eu l'occasion d'en parler et l'observation de Kirmisson et Küss semble militer en faveur de l'identité des deux affections.

Dans quelques cas où le diagnostic sera difficile, on pourra avoir recours à deux moyens : la ponction et la radiographie.

Quand la tumeur est liquide, la ponction aspiratrice permettra d'étudier les caractères physiques et chimiques du contenu de la poche ; et, suivant la nature de ce dernier, on pourra lui attribuer une origine amniotique, rachidienne ou le rattacher à d'autres formations.

Dans d'autres cas, enfin, la radiographie pourra permettre de reconnaître la présence de parties osseuses. Si les résultats de ce moyen d'investigation sont positifs, il restera encore à distinguer l'inclusion des kystes dermoïdes ; nous avons déjà indiqué les signes qui servent à différencier ces deux variétés de tumeurs.

Mais une fois le diagnostic d'inclusion fœtale bien établi, il restera encore à rechercher les rapports de la tumeur avec les organes voisins, s'enquérir du siège, du mode d'implantation des connexions avec les parois et les organes pelviens. Le toucher rectal pourra donner tous ces renseignements.

TRAITEMENT

Le traitement ne nous retiendra pas longtemps, le cas que nous avons observé n'ayant pas donné lieu à des considérations thérapeutiques particulières.

Nous n'avons pas à considérer la conduite à tenir pendant la grossesse et l'accouchement : cette question se confond avec celle des tumeurs sacro-coccygiennes en général, nous nous contenterons d'indiquer rapidement la pratique recommandée par Hergott (Thèse d'agrégation, 1878).

Quand ces tumeurs sont assez volumineuses pour constituer une cause de dystocie grave, cet auteur préconise la ponction dans le cas de poche liquide et le morcellement si l'inclusion renferme des parties solides.

Après la naissance, la conduite à tenir sera variable suivant les cas. On ne saurait entrer à ce sujet dans de longs détails.

En principe, il faut faire l'extirpation le plus tôt possible. Nous avons vu, en effet, que, en général, ces tumeurs se développent très rapidement, et, d'autre part, sont fréquemment alors le siège de phénomènes ulcératifs, gangréneux ou inflammatoires graves. Cependant si

l'enfant est trop faible, mieux vaut attendre et remettre l'extirpation à plus tard.

L'ablation totale devient quelquefois impossible par crainte de complications opératoires. L'extirpation partielle a donné de bons résultats entre les mains de plusieurs chirurgiens, entr'autres Calbet, Phocas et Kiener.

CONCLUSIONS

1° Les inclusions fœtales de la région sacro-coccygienne peuvent renfermer des parties quelconques d'un fœtus.

2° Ces parties fœtales sont représentées à tous les degrés de développement, depuis des organes ou fragments d'organes plus ou moins bien conformés, jusqu'à de simples tissus fœtaux.

3° Les inclusions qui renferment des organes sont habituellement faciles à reconnaître. celles qui ne renferment que des tissus fœtaux, peuvent être prises pour des tumeurs banales : fibromes, myxomes, lipomes, etc. Dans beaucoup de cas, l'examen microscopique seul pourra indiquer leur nature.

4° Leur pathogénie n'est pas encore élucidée.

5° Ces tumeurs peuvent donner lieu à des phénomènes dystociques pendant l'accouchement ; elles comportent un pronostic très grave, surtout pour l'enfant.

6° L'extirpation devra être pratiquée de très bonne heure chaque fois que la chose est possible.

OBSERVATIONS

Observation Première

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Vallois.

La nommée B. B., 21 ans, primipare, entrée à la Maternité de Montpellier le 15 février 1902, y accouche le 22, d'un garçon né vivant, quoique avant terme, et présentant une *tumeur sacro-coccygienne.*

L'interrogatoire de cette femme ne permet de relever dans ses antécédents qu'une scarlatine à l'âge de 7 ans et un état d'anémie assez ancien pour expliquer la faiblesse de sa constitution générale. Ni rachitisme, ni syphilis, ni albuminurie.

A partir du troisième mois, la femme a perdu du sang, et ces hémorragies se sont répétées tous les mois.

Le travail s'étant déclaré avant terme (au 8me mois environ) et la poche des eaux étant intacte, on essaie, mais en vain, de l'arrêter. Le fœtus se présente en OIGA.

Au moment où l'ombilic arrive à la vulve, il se fait un arrêt brusque dans la progression du tronc à travers la filière pelvi-génitale. On pratique des tractions prudentes et le siège se dégage, mais en produisant une légère déchirure du périnée due à la présence d'une tumeur sacro-coccygienne.

La délivrance se fait naturellement, les membranes sont intactes, leur déchirure n'est point centrale (la mensuration faite du bord libre des membranes au bord placentaire donne 29 cent. d'un côté et 9 cent. de l'autre). Cette insertion relativement basse du placenta peut expliquer les hémorragies légères, mais répétées, survenues au cours de la grossesse.

Suites de couches normales.

La tumeur paraît donc n'avoir exercé aucune influence fâcheuse, ni sur la grossesse, ni sur la marche du travail.

L'enfant a succombé quelques heures après sa naissance. Il présentait au niveau de la région sacro-coccygienne une tumeur du volume d'une orange environ, pyriforme et vaguement mamelonnée. La peau qui la recouvre présente une coloration normale sur la moitié de sa surface, mais l'autre moitié est violacée, lie de vin, et offre en quelques points des dilatations veineuses, donnant l'apparence de varicosités

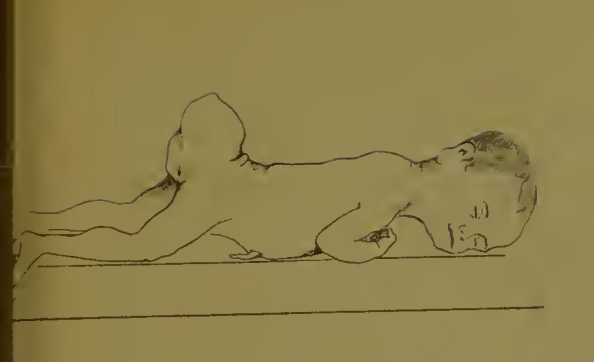
La tumeur continue, en arriere, le plan du dos, ne dépasse pas latéralement le bord supérieur du grand fessier, mais repousse le périnée postérieur, de telle sorte que la tumeur est située entre l'anus et le coccyx. Pas de pédicule net. La consistance est ferme, mais on trouve cependant, en certains endroits, des points de fluctuation. Quelques saillies, qui donnent une sensation de dureté, font penser à des parties fœtales incluses dans la tumeur. Les parties génitales sont légèrement œdématiées.

Autopsie. — Incision longitudinale de la peau, qui est extrêmement mince et vascularisée dans les parties opposées au lieu d'implantation On arrive, cependant, à isoler la tumeur qui, en certains endroits, est entourée d'une coque de tissu conjonctif épaissi Quelques kystes, du volume d'une noisette ou d'un pois, sont ouverts et laissent échapper un liquide clair citrin. En poursuivant la dissection, on constate que la tumeur sort du petit bassin en passant entre les deux ischions et les deux grands ligaments sacro-sciatiques. Le coccyx, repoussé en arrière, adhère intimement à la tumeur : le rectum est refoulé en avant et à gauche, il est aplati.

Après avoir sectionné la symphyse pubienne et écarté les os du bassin, on voit que la tumeur s'insère par un pédicule fibreux et assez étroit à la partie inférieure de la face antérieure du sacrum, au niveau des troisième et quatrième vertèbres sacrées. Le pédicule s'élargit ensuite ; la tumeur refoule les organes voisins et se dirige vers le périnée postérieur.

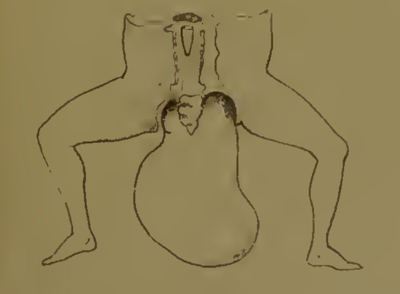
La tumeur a été remise à M le professeur Bosc, qui a eu l'amabilité de nous remettre la note suivante accompagnée de dessins explicatifs :

« *Examen macroscopique*. — La tumeur, du volume d'une petite











orange, est légèrement piriforme, légèrement et grossièrement lobulée, entourée par une capsule mince, lisse et assez fortement vascularisée. Cette tumeur mollasse pend en forme de sac au niveau de la région sacro-coccygienne, à laquelle elle est appendue par un pédicule du volume du petit doigt. La dissection de ce pédicule montre qu'il est attaché à la base du coccyx par un tractus fibreux assez peu résistant, paraissant lui-même renfermer encore de la matière propre qui constitue la tumeur.

» Une coupe de la tumeur dans son ensemble montre qu'elle est constituée par un tissu mou, dont une partie, diffluente et même liquide, d'apparence gélatineuse ou myxoïde, est parcourue par des travées ou des placards de tissu plus résistant, parfois d'apparence nacrée ou lardacée. Vers les parties centrales surtout, le tissu prend l'aspect et la consistance de la substance cérébrale, tandis que vers la plus grande étendue de la périphérie le tissu devient fibreux et forme des mailles très nettes à point de départ capsulaire.



Fig. 1.

» *Examen microscopique.* — On a prélevé trois fragments pris en des points divers de la tumeur. Fixés dans le sublimé, ils ont été colorés par les diverses méthodes usuelles. Un des fragments est formé par de larges bandes de tissu fibreux, lamelleux (a, *fig.* 1) renfermant des vaisseaux à parois épaisses (b, *fig.* 1). Dans les bandes fibreuses les plus épaisses pénètrent des travées formées de cellules étoilées à gros noyaux, réunies par leurs prolongements et plongées dans un milieu sans structure ou finement granuleux. Ce dernier tissu dissocie de plus en plus les bandes fibreuses surtout autour des vaisseaux et forme des espaces de

plus en plus considérables. Il prend alors l'aspect typique du tissu muqueux des polypes nasaux (m. *fig.* 1). Lorsque ce tissu muqueux a envahi de larges espaces, les prolongements cellulaires deviennent moins apparents, les cellules plus disséminées se vacuolisent et on a ainsi une sorte de *dégénérescence mucoïde* qui constitue les parties en liquéfaction, gélatineuses, notées à l'examen microscopique.

L'examen de ce premier fragment ferait aisément porter le diagnostic de *fibro-myxome*. Mais nous sommes frappé par l'existence, en un point très limité de la tumeur, d'une formation glandulaire ressemblant assez exactement à une coupe de *glande mammaire*, à canal excréteur à cellules cylindroïdes, autour duquel existent des groupes d'acini à cellules cubiques disposées en lobules (*fig.* 2). Ces lobules sont entourés de tissu conjonctif sauf en certains points où le tissu myxomateux entre en contact direct avec eux (t, *fig.* 2).

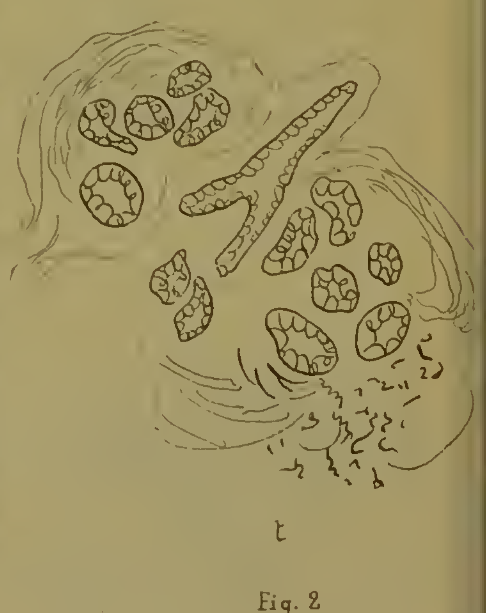


Fig. 2

2ᵉ fragment. — L'examen du 2ᵉ fragment est beaucoup plus instructif. Dans un tissu à peu près purement muqueux, traversé seulement de quelques bandes fibreuses, on trouve d'autres formations glandulaires identiques aux précédentes. Mais non loin de ces dernières on trouve des formations glandulaires différentes ; elles sont constituées par des tubes dilatés, les uns complètement arrondis, d'autres irréguliers et d'apparence papillomateuse et dont la surface interne est recouverte de cellules cylindriques à plateau, sur une ou deux rangées, ou le plus souvent de cellules atypiques surmontées d'un bouquet de cellules cylindriques à plateau (*fig.* 3).

En un point et formant une partie bien circonscrite dans le tissu muqueux condensé, on note des tubes recouverts de longues *cellules cylindriques* à transformation muqueuse plus ou moins prononcée,

et donnant tout à fait l'impression de *glande de Lieberkühn* (*fig.* 4). Disséminées sur une surface restreinte, on trouve encore de petits tubes tapissés par un épithélium cylindrique à *cils vibratiles très nets* (*fig.* 5), comme les cellules des grandes voies aériennes.

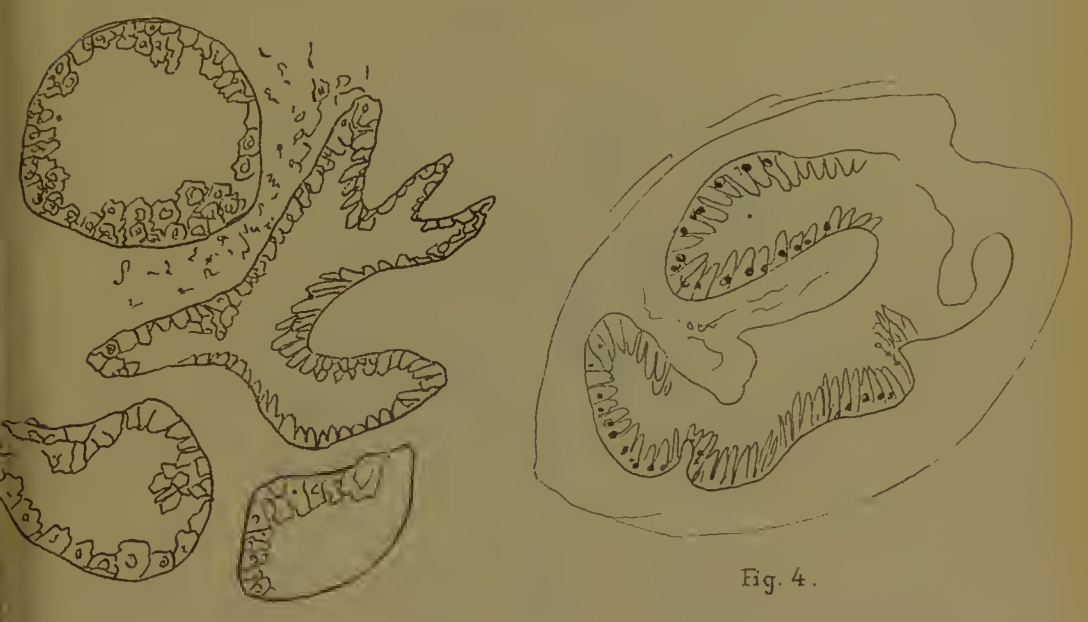


Fig. 3.

Fig. 4.

» Disséminés dans le tissu muqueux, et le plus souvent dans le voisinage des formations glandulaires précédentes, existent de petits amas de cellules rondes à gros noyaux, ressemblant à de petits amas lymphoïdes.

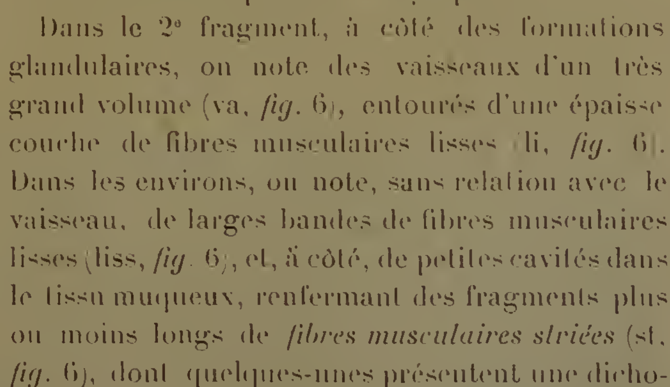


Fig. 5

Dans le 2e fragment, à côté des formations glandulaires, on note des vaisseaux d'un très grand volume (va, *fig.* 6), entourés d'une épaisse couche de fibres musculaires lisses (li, *fig.* 6). Dans les environs, on note, sans relation avec le vaisseau, de larges bandes de fibres musculaires lisses (liss, *fig.* 6), et, à côté, de petites cavités dans le tissu muqueux, renfermant des fragments plus ou moins longs de *fibres musculaires striées* (st, *fig.* 6), dont quelques-unes présentent une dichotomisation identique à celle des cellules musculaires du cœur (cœ, *fig.* 6).

» 3ᵉ fragment. — Ce 3ᵉ fragment est composé par un tissu de structure très remarquable, qui ne peut être comparé qu'à celui *de la rate*. Il est formé par de très larges espaces ayant la structure du



Fig. 6.

tissu lymphoïde avec sa trame adénoïdienne à départ vasculaire (x, *fig*. 7), de cellules lymphoïdes tassées dans cette trame (c, *fig*. 7), en même temps que de nombreuses cellules un peu plus volumineuses en karyokinèse (k, *fig*. 7). De ces amas volumineux se détachent des travées de tissu lymphoïde plus ou moins minces et qui limitent des espaces remplis de sang (sa, *fig*. 7). Les espaces ovalaires ou arrondis sont bordés par des cellules endothéliales très nettes (en, *fig*. 7).

Les vaisseaux qui existent dans les volumineux amas lymphoïdes sont, comme dans la rate, entourés d'une gaîne conjonctive prononcée.

« *Inclusion fœtale* ».

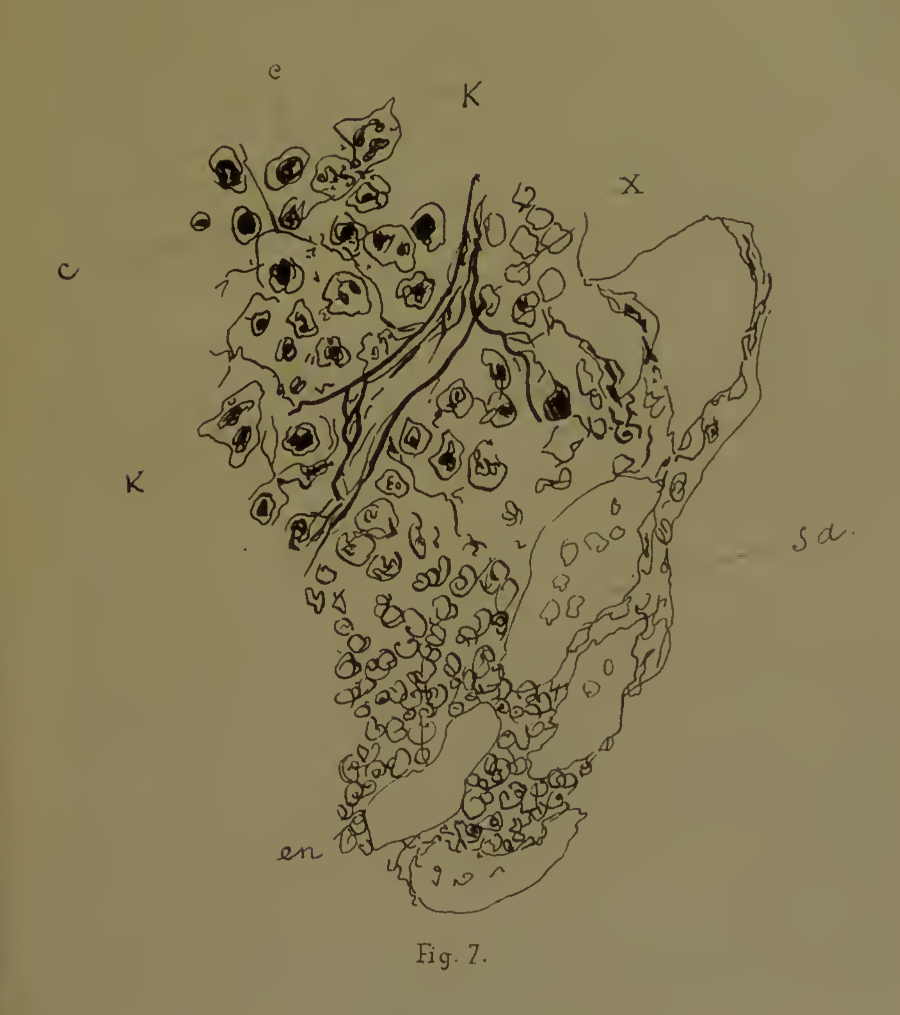


Fig. 7.

Observation II

Tumeur sacro-coccygienne enlevée sur un enfant de 22 mois. — Battements au niveau de cette tumeur. — Examen microscopique par M. Laguesse, de Lille.

Enfant de 4 semaines, de sexe féminin, adressée par M. le docteur Laverin de Litters (4ᵐᵉ enfant) Deux enfants vivants. Parents bien portants. Depuis la naissance la tumeur a augmenté du double.

Etat actuel. — Tumeur volumineuse située à la région sacro-coccygienne ; circonférence, 27 cent. ; reliée au reste du corps par un pédicule de 19 cent. de circonférence ; le pédicule est aplati d'avant en arrière, large de 7 cent. ; au-dessus du pédicule on voit l'anus.

On sent difficilement le coccyx ; mais on trouve le sacrum divisé en deux cornes. La peau est parsemée de veinosités rouges. Cette tumeur, dont la consistance est inégale, présente deux parties distinctes à la palpation : une partie inférieure liquide, transparente, fluctuante, occupant les trois quarts inférieurs de la tumeur ; une partie supérieure située à gauche, dure. Dans cette portion on distingue trois parties : une masse ronde comme une bille, une partie plus rétrécie, et une partie plus grosse.

A l'extrémité de cette portion on voit le phénomène suivant : quand on saisit cette masse entre deux doigts, on y sent des battements rythmiques. Chaque battement attire la peau en dedans ; ces pulsations sont inégales, irrégulières ; elles paraissent se fatiguer par l'excitation. Aucun bruit stéthoscopique. Ces battements sont au nombre de 40 environ par minute ; à l'endroit où ils se produisent, il existe une sorte de capitonnage de la peau.

Nouvel examen le 22 juin 1894. La tumeur a diminué, le pédicule paraît avoir augmenté. Les battements persistent.

10 mars 1896. — Largeur du pédicule, 9 cent. ; circonférence, 25 cent. ; circonférence maximum, 13 cent. ; les battements ont disparu depuis un an. Pas de fluctuation.

Opération. — L'enfant a 22 mois. Ablation de la tumeur par morcellement ; la portion la plus profonde est laissée pour ne pas trop compliquer la situation. Pendant le cours de l'opération les kystes sont ouverts ; le contenu de ces kystes est très variable.

Examen microscopique. — L'ensemble de la tumeur, coupée par le milieu, montrait une cavité très irrégulière de forme, à parois lisses, et plusieurs cavités plus petites. Plusieurs fragments ont été coupés, intéressant toutes les parois de la cavité principale ; dans ces fragments on trouve des échantillons de tous les tissus, sauf du tissu osseux et du tissu cartilagineux ; cependant en beaucoup d'endroits, à la palpation, le tissu était dur et lardacé. (La totalité de la tumeur n'a pas été conservée).

Sur un premier fragment nous trouvons successivement un

épithélium prismatique, simple par places, généralement stratifié et très élevé, d'épaisseur très variable ; au-dessous : un tissu conjonctif très dense, parcouru en tous sens, par places au moins, par de nombreuses fibres lisses, isolées ou en petits faisceaux ; leur direction générale est parallèle à la surface de la poche. Une couche épaisse de tissu cellulo-adipeux plus lâche, à larges fibres conjonctives, sensiblement parallèles aussi à la surface de la poche, à cellules adipeuses éparses. Dans cette couche, se continuant insensiblement avec la précédente, l'action de la potasse à 40° et de l'éosine met en évidence un riche réseau élastique. Enfin, de place en place, des fibres musculaires striées sont disséminées, isolées ou par très petits faisceaux, quelques-unes montrant de beaux champs de Conheim.

Un tissu presque exclusivement composé de larges îlots de cellules adipeuses ; mince en certains points, cette couche est épaisse en d'autres de plusieurs centimètres et constitue la majeure partie de la tumeur. La peau est à peu près normale ; la présence d'un épithélium prismatique, et au-dessous, d'un tissu conjonctif serré, parsemé de fibres lisses, paraît indiquer que cette cavité a dû se constituer comme un diverticule de l'intestin, dont elle rappelle la structure embryonnaire.

Un autre fragment pris à une certaine distance du premier et n'allant pas jusqu'à la peau, comprenait les mêmes couches, plus ou moins mélangées avec la surface, un épithélium pavimenteux, stratifié. Mais de plus, dans la première couche, et quelquefois immédiatement au-dessous de l'épithélium, on trouvait de nombreux lambeaux, petits ou gros, très irréguliers, d'un tissu qui paraît appartenir aux centres nerveux ; il est formé par une sorte de feutrage fibrillaire, très délicat, rappelant la névroglie, et résistant à l'action de la potasse à 40°, qui ne le gonfle ni ne le décolore (après coloration à l'éosine). Par l'acide osmique, il prend une teinte brune, plus foncée que le reste. Enfin il contient de nombreux noyaux autour desquels on aperçoit quelquefois des corps protoplasmiques, assez larges, étoilés et vivement colorés par le carmin, semblables, en un mot, à des cellules nerveuses à parois minces, bordées d'une couche presque continue de noyaux arrondis, à la manière d'une sorte de ventricule. Comme le tissu nerveux embryonnaire, celui-ci ne contient pas de vaisseaux : à leur périphérie les

lambeaux sont déchiquetés par les fibres conjonctives voisines.

D'assez nombreux fragments de la tumeur ont été réservés pour un examen plus complet.

Après l'opération il persiste une petite grosseur comme une mandarine. L'ablation en est remise à plus tard. L'enfant reste guérie (décembre 1896).

Réflexions. — L'examen microscopique n'a pas élucidé l'origine des battements de la tumeur. On ne peut admettre que des battements dus à des muscles lisses. Il est préférable d'attendre pour opérer ces tumeurs que l'enfant ait acquis une certaine résistance. Enfin, il est indiqué, quand le volume de la tumeur impose une opération dès le jeune âge, de ne pas faire une ablation complète, si l'opération peut mettre les jours de l'enfant en danger. L'extirpation partielle donne de bons résultats.

Observation III

Tumeur sacro-coccygienne enlevée sur un enfant de 5 ans
par le Dr Phocas, de Lille.

Le nommé S. Clovis, de Le Quesnoy (Nord), m'est adressé par le docteur Dechy ; l'enfant a 5 ans ; il est venu au monde avec une grosseur qui n'a pas augmenté sensiblement, sauf une augmentation proportionnelle au corps. A marché à 2 ans; troisième enfant d'une famille bien portante. Il y a quatre ans on a fait dans la tumeur une ponction.

Etat actuel. — Au niveau de la région sacro-coccygienne, tumeur large de 0 m. 12, haute de 0 m. 11 ; veinosités ; peau rouge; il existe 3 fistules à égale distance à la partie moyenne.

La fistule inférieure laisse échapper un bourgeon fongueux, gros comme une noix. Des fistules s'écoule un liquide savonneux.

La peau, adhérente sur une partie de la tumeur, glisse sur le reste. Elle est parsemée de tissu cicatriciel. La consistance est inégale ; dure sur certains points, fluctuante sur d'autres. La forme est hémisphérique ; on peut lui considérer deux extrémités : l'extrémité gauche s'avance sur la fesse et on sent à ce niveau une certaine quantité de noyaux lobulés, appliqués contre la fesse.

Cependant, la tumeur est délimitée. L'extrémité droite de la tumeur ne se prolonge pas autant ; elle n'arrive qu'à 0 m. 03 de la ligne médiane. Le bord supérieur, bien délimité, est situé sur une ligne qui répond à deux travers de doigt au dessous des crêtes iliaques. Le bord inférieur arrive jusqu'au coccyx.

En mettant le doigt sur le creux, on fait proéminer la masse. La tumeur est mobile profondément dans le sens transversal et vertical. Elle n'augmente pas de volume pendant les efforts. La distance qui la sépare de l'anus est de 7 cent 1/2. Au toucher rectal, rien n'existe devant le coccyx. On trouve le squelette normal.

Opération le 2 août 1892. — Ablation au bistouri; énucléation faite, sauf à gauche, où la tumeur adhère au squelette et pénètre jusqu'au niveau de la face postérieure du rectum.

La tumeur est longue de 12 cent., épaisse de 4-5, large de 8. Elle est composée de kystes à contenu très variable, séreux, muqueux, hémorragique et de couleur différente ; sa trame est formée par une abondante production de tissu fibreux.

L'examen histologique montre dans un examen superficiel la présence de presque tous les tissus de l'économie. Un examen ultérieur nous a été promis, mais nous n'avons jamais pu l'obtenir. Suites opératoires simples. Réunion *per primam*. Guérison.

Observation IV

(Publiée par MM. Kirmisson et Kuss dans la *Revue d'Orthopédie*, 1899)
Tumeur sacro-coccygienne enlevée chez un nourrisson de deux mois.

Cette tumeur volumineuse siégeait à la région périnéale postérieure, du coccyx à l'anus ; à gauche, elle reposait sur la tubérosité ischiatique, dont elle était séparée par un sillon très profond ; à droite, elle semblait se fusionner avec les parties molles de la fesse (ce qui d'ailleurs n'était qu'une apparence). De la grosseur d'une tomate, elle avait une surface irrégulière, bosselée, une consistance inégale, manifestement fluctuante par endroits. A la palpation et au cours de l'opération, on vit que la tumeur était parfaitement mobile sur la peau et sur les régions profondes et qu'elle ne plongeait pas dans le petit bassin. Il n'y avait aucun indice de spina-bifida.

Pendant l'enlèvement de la tumeur, qui fut séparée aisément des parties voisines, il sembla qu'un pédicule la liait à la pointe du coccyx; mais, en réalité, ce n'était là qu'un faux pédicule, dû à la condensation à ce niveau du tissu cellulaire sous-cutané; il n'y avait pas de faisceaux longitudinaux allant du coccyx à la tumeur; tout se bornait à quelques brides celluleuses cédant facilement aux tractions.

La tumeur était constituée par un grand nombre de kystes de volume variable, remplis d'un liquide jaunâtre visqueux, colloïde, dépourvu d'éléments figurés. Aucun des kystes ne renfermait de liquide séreux.

La surface interne des kystes était revêtue d'un épithélium ayant des formes différentes suivant les points; dans la plupart des kystes, c'était un épithélium stratifié cylindrique à cils vibratiles. Mais, dans d'autres points, soit du même kyste, soit d'autres kystes, l'épithélium était bien moins élevé, présentait des couches moins nombreuses, et par places se réduisait à une seule ligne de cellules cylindriques dépourvues de cils vibratiles. Même, dans quelques kystes de diamètre infime, l'épithélium prenait un aspect plus réduit encore, et consistait en une couche de cellules cubiques. D'une manière générale, la surface interne des kystes était lisse, unie, régulière, les sinuosités de la paroi étant simplement la conséquence de la rétraction du kyste. Pourtant en quelques points existaient des bourgeonnements. Inversement dans quelques kystes on voyait l'épithélium s'enfoncer dans des dépressions en cul-de-sac formant une ébauche de glande. Nous n'avons pas trouvé d'autres glandes dans les parois interkystiques, exception faite pour un point situé tout au voisinage d'un kyste de petit volume, point au niveau duquel la coupe avait sectionné un groupe de petits tubes glandulaires, tapissés d'une couche d'épithélium cylindrique. Ajoutons qu'en aucun point de l'épithélium de surface, ni dans l'épithélium tapissant les dépressions glandulaires, nous n'avons vu de cellules caliciformes.

Le tissu qui séparait les kystes de moyen volume était lui-même creusé d'un grand nombre de cavités kystiques visibles seulement au microscope. La structure n'était pas uniforme : en quelques endroits il était formé par du tissu muqueux ; en beaucoup de points il consistait en de larges bandes de tissu conjonctif jeune, à un

stade plus avancé que l'état muqueux, et dont l'apparence rappelait celle de la névroglie (stroma fibrillaire délicat assez serré au milieu duquel étaient réparties les cellules fixes). Enfin, dans ces zones de tissu conjonctif jeune, ou bien autour des kystes, on trouvait du tissu conjonctif adulte dense, assez pauvre en cellules et renfermant dans son épaisseur de nombreuses fibres musculaires lisses, soit isolées, soit réunies en faisceaux ; il y avait à peu près autant de tissu conjonctif adulte parcouru de fibres lisses que de tissu conjonctif jeune fibrillaire ; par contre, le tissu muqueux était très peu abondant. Il faut observer que la paroi kystique, immédiatement au-dessous de l'épithélium, était à peu près partout constituée, soit par du tissu fibreux, soit par du tissu musculaire lisse. Pourtant, quelques kystes de dimensions très restreintes, à épithélium cubique disposé sur une seule couche, kystes minuscules en voie de formation pour ainsi dire, se trouvaient en pleine zone de tissu jeune fibrillaire, la couche épithéliale reposant directement sur ce tissu sans interposition de tissu conjonctif adulte ni de fibres musculaires. Il est assez vraisemblable que cet aspect des kystes répondait à leur premier stade de développement.

En résumé, la tumeur en question, absolument indépendante du squelette, consistait en un grand nombre de kystes mucoïdes de volume variable, développés au sein d'une masse conjonctive à divers stades de développement, parcourue par de nombreuses fibres musculaires lisses. L'épithélium offrait tous les intermédiaires entre un épithélium cubique à une seule couche de cellules et un épithélium cylindrique stratifié à cils vibratiles, le premier type répondant aux kystes jeunes en voie de développement plongés dans du tissu conjonctif jeune, le second type aux kystes plus anciens, bien développés, entourés de tissu conjonctif adulte et de fibres musculaires lisses.

Observation V

Tumeur coccygienne congénitale extirpée chez un enfant de 7 jours.
(Trêves.)

Enfant de 7 jours. Accouchement à terme, normal. A l'exception de la tumeur, l'enfant était de tous points bien conformé. La tumeur était insérée au niveau de la ligne médiane de la région

sacro-coccygienne par un pédicule arrondi recouvert de peau rouge, de 2 centimètres de long environ et de 1 cent. 1/2 de large. Le doigt pouvait être enfoncé entre la partie supérieure du pédicule et l'os. Le bord inférieur de ce pédicule était à un demi-travers de doigt de l'anus. La tumeur était pendante et ressemblait à une tête de fœtus La peau recouvrant la tumeur ressemblait au cuir chevelu avec un fin duvet et, en un point, de longs cheveux semblables par la couleur à ceux de l'enfant. A l'extrémité postérieure de cette masse se trouvait un pli transversal qui la séparait d'une masse de dimensions plus petites. Dans le fond de ce pli et au côté droit de cette tumeur se trouvaient cinq processus formés par des mamelons de peau mollasse, sans poils, qui ressemblaient à des doigts rudimentaires. La plus grande de ces saillies présenta des mouvements contractiles, vigoureux, qui étaient augmentés par des excitations froides. Quelques faibles mouvements analogues étaient observés dans une des petites saillies, mais seulement si elle était subitement exposée au froid. Au-dessous de ces doigts, se trouvait une masse flasque, pendante, violacée, présentant des plis longitudinaux, et ressemblant exactement à l'intestin prolabé. Elle sortait par un orifice situé au-dessus de la pointe du pédicule. Entre elle et le pédicule se trouvait une bride cutanée formant étranglement. Dans le voisinage des éminences digitales se trouvait une tumeur pédiculée large comme une pièce de 2 francs et granulée.

Cette tumeur fut enlevée à l'aide du bistouri. Elle paraissait adhérer à la face postérieure du coccyx et à la partie inférieure du sacrum. Ces os étaient normaux et occupaient leur situation normale. Une seule artère fut liée Elle sortait du corps du sacrum et entrait dans la partie inférieure du pédicule. Le toucher rectal montra que la tumeur n'envoyait point de prolongement en avant et que la face antérieure du sacrum était absolument normale La plaie guérit bien, mais l'enfant, élevé au biberon, se nourrit mal, vomit la plus grande quantité du lait qu'il prit, eut beaucoup de diarrhée et mourut d'inanition 7 jours après l'opération.

Dissection et examen microscopique. — La peau qui entourait le pédicule de la tumeur ayant été enlevée, on vit qu'en ce point elle était composée d'une grande tumeur kystique, enveloppée dans une capsule blanche épaisse Entre la capsule et la peau se trouvait une membrane mince, non tendue, transparente, ressemblant à la pie-

mère. A la section, il s'écoula une matière glaireuse claire. Une coupe de la totalité de la tumeur montra une multitude de kystes, de différentes grandeurs, plusieurs contenant encore la matière muqueuse et paraissant remplis de grains de sagou bouilli. A l'extrémité adhérente du pédicule se trouvait un fragment d'os situé entre deux petits kystes auxquels il adhérait. Microscopiquement, ces kystes ressemblaient en bien des points à des tubes, tous tapissés d'épithélium cubique. Dans quelques-uns, l'épithélium était à peu près cylindrique. Ces tubes et ces kystes étaient unis entre eux par du tissu conjonctif bien développé, contenant beaucoup d'éléments cellulaires. En quelques points, ces cellules montraient plusieurs prolongements ramifiés semblables à ceux que l'on rencontre dans les myxomes. En d'autres points le tissu conjonctif était plus développé et avait une texture dense et fibreuse. En un point du tissu interkystique on trouva un nodule de cartilage hyalin. Les kystes étaient remplis de matière muqueuse et contenaient souvent des éléments cellulaires.

Le fragment d'intestin sorti par l'orifice situé près de la fin du pédicule ayant été ouvert, on vit qu'il se terminait en cul-de-sac. Les parois, épaisses, présentaient l'apparence d'un intestin œdématié et congestionné. L'espace laissé libre par l'intestin repoussé en avant, est occupé par un seul grand kyste à parois minces et à contenu liquide L'examen microscopique montra que cette portion de la tumeur était composée d'intestin. La surface était couverte de villosités et présentait beaucoup de glandes de Lieberkühn. L'épithélium cylindrique était bien développé. Pas de tissu adénoïde dans la couche sous-muqueuse. La membrane muqueuse était supportée par une couche de tissu fibreux ; mais on ne put y découvrir de couche musculeuse. Dans la profondeur de la tumeur on trouve des appendices ressemblant à des doigts, et composées de boules de graisses disposées en lignes radiées.

Observation VI

(Kiener.— Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier 1891).
Tumeur extirpée chez un enfant de 7 jours existant à la naissance,
siégeant au niveau du coccyx.

Pas d'autres malformations. Guérison rapide. Volume œuf de dinde : composée de deux parties : 1° l'une recouverte par la peau blanche compacte, consistante, contenant des îlots osseux et cartilagineux et des masses qui ont la structure des ganglions lymphatiques : les os ont une structure très parfaite avec périoste en voie d'ossification et unis entre eux par de véritables ligaments fibreux ; cette portion n'a pas d'enveloppe propre ; 2° l'autre ayant la forme d'une petite ligne, faisant hernie au travers d'une boutonnière de la peau, ayant le diamètre d'une pièce de 1 franc, rougeâtre, lisse, recouverte d'une muqueuse composée de kystes et de cartilages hyalins parsemés de lobules adénoïdes. La muqueuse enveloppante est composée de cellules cylindriques à plusieurs couches. Elle contient un stroma de tissu conjonctif embryonnaire, avec des îlots de cartilage, des fibres lisses, des glandes en grappe à épithélium caliciforme. Dans d'autres kystes on trouve un épithélium stratifié recouvert de cellules cylindriques à cils vibratiles ou de cellules caliciformes. Elles ont une tunique externe, fibro-élastique, renforcée de fibres musculaires lisses et d'îlots cartilagineux, formant des demi-anneaux presque complets autour de la cavité. Enfin, au pourtour des anneaux cartilagineux, sont agglomérées des glandes muqueuses en grappe qui s'ouvrent par un conduit excréteur dans la cavité. Cette tumeur reproduit exactement la structure des bronches et a un revêtement général ayant la structure d'une muqueuse.

Observation VII

Cas remarquable d'accouchement. — Formation rudimentaire d'un deuxième fœtus. — Inclusion d'un deuxième fœtus. — Par le Docteur Westerschulte de Boughorst.

Le 31 janvier, à 9 heures du soir, je fus appelé près d'une femme en travail. A mon arrivée, je trouvai la tête de l'enfant au dehors, le tronc dégagé jusqu'à l'ombilic, et la sage-femme m'expliqua qu'elle ne pouvait terminer l'accouchement, « l'enfant ne voulait pas venir ». Je commençai par relâcher et dégager le cordon distendu, et je tentai d'extraire l'enfant, encore vivant, qui avait 7 ou 8 mois de vie intra-utérine. Malgré une force notable, je ne pus y parvenir, ce qui me démontra qu'il y avait un obstacle d'une nature particulière. Je pensai à un accouchement gémellaire avec jumeaux adhérents. Je fis, en conséquence, placer la femme en travers du lit, et, en explorant avec soin, je sentis derrière le siège de l'enfant, une masse molle, qui donnait la sensation d'une seconde poche des eaux. Après des tractions très énergiques, d'une durée persistante de 10 à 15 minutes, l'enfant finit par être dégagé brusquement, et entre ses jambes apparut une grosse poche très molle (kyste), qui avait plus du double du volume de la tête de l'enfant. Celui-ci fit encore quelques faibles efforts d'inspiration, mais, malgré toutes mes tentatives, ne put être ramené à la vie. L'examen de la tumeur montre qu'elle contenait quelques parties plus consistantes, et même dures.

L'enfant, un beau garçon, présentait la conformation normale, sauf l'absence d'anus. Précisément à cette place, un peu au-dessus, commençant aux fesses pour s'étendre autour de la partie postérieure des cuisses jusqu'au scrotum, on voyait la peau extérieure allongée en une sorte de poche, descendant entre les jambes jusqu'au milieu du jarret, et dont la couleur et l'épaisseur sont normales ; elle paraît seulement un peu rouge-bleuâtre, ce qui tient à la sérosité sanguinolente qu'elle contient et qui provient de petites veines. La poche ouverte, il s'écoule une sérosité sanglante, et j'arrivai sur une masse solide, bleuâtre, très vasculaire (veines nombreuses) que je ne pus mieux faire que de comparer à un placenta, et qui ne

pouvait être prise pour autre chose. Le placenta de l'enfant était déjà sorti.

L'examen minutieux de la masse contenue dans cette poche montra que sa structure avait la plus grande analogie avec un placenta normal et qu'elle adhérait solidement à tout le pourtour des fesses de l'enfant. L'anus s'ouvrait dans la poche, et je pus facilement introduire mon doigt dans son orifice. A gauche, dans cette masse, répondant à l'os gauche du pubis, il y avait un corps dur, donnant la sensation osseuse, qui, une fois énucléé, fut démontré être un cartilage d'une longueur de un pouce et demi environ. Cette masse, comme placentaire, n'était pas pourtant flottante et libre dans la poche, mais sa partie supérieure était solidement attachée à la partie inférieure des fesses et au pubis de l'enfant.

La partie pendante inférieure de la poche était remplie du liquide signalé plus haut, de sorte que la masse placentaire n'était pas en contact avec la face inférieure et interne du sac, mais était enveloppée par de la sérosité sanguinolente ; en un mot, la masse qui se trouvait dans le sac était sans doute le rudiment d'un second enfant fusionné avec le premier. Le sac lui-même, comme je l'ai dit, n'était qu'une annexe, qu'un prolongement de la peau extérieure, et il était si épais, si solide, que je ne pus le déchirer avec les doigts et que je dus employer les ciseaux pour le couper. La femme vit encore.

Que l'on se représente un enfant à cheval sur une grosse mappemonde, et on aura exactement le tableau de ce qu'était l'enfant, quand il vint au monde (Je ne trouve pas de meilleure comparaison).

Le cas actuel est bien un cas de fœtus *in fœtu*, et non une simple formation kystique.

Observation VIII

Observation due à M. Chedevergne, interne à l'hôpital Lariboisière, et présentée par lui à la Société anatomique.

La nommée Kielffer, concierge, âgée de 43 ans, d'une constitution médiocre, déjà mère d'une fille de 18 ans, bien conformée et de bonne santé, entra à l'hôpital Lariboisière le soir du 28 janvier 1861.

déclarant qu'elle était enceinte et à terme, qu'elle était sur le point d'accoucher, et que déjà elle avait perdu des eaux. A une heure du matin, M. Chedevergue fut appelé, parce que l'accouchement ne pouvait se terminer par les seules forces de la nature. En arrivant près d'elle, il trouva la tête et les membres supérieurs d'un enfant hors des parties génitales. La vulve étreignait fortement le thorax au niveau des cinquième et sixième côtes ; l'enfant était bleuâtre et cyanosé, il avait cessé de vivre. On lui apprit que la tête était apparue à l'extérieur dix minutes auparavant, que l'enfant avait vécu et crié presque jusqu'à son arrivée.

M. Chedevergue essaya d'abord de légères tractions pour se rendre compte de la difficulté ; elles furent insuffisantes. Recherchant alors quel était l'obstacle qui entravait l'accouchement, il palpa la paroi abdominale et trouva du côté gauche une tumeur que la vue même pouvait découvrir, et pensa qu'il pouvait bien y avoir deux fœtus. Il ausculta, mais ne perçut pas de bruit fœtal. Persuadé que l'obstacle était un vice de conformation de l'enfant, il fit mettre la femme dans la position convenable aux opérations obstétricales, et, n'ayant pas à ménager la vie de l'enfant, il exerça des tractions plus énergiques que la première fois, et après des tentatives qui durèrent de cinq à huit minutes, l'extraction se fit brusquement.

M. Chedevergue put alors examiner l'enfant complètement, et fit les constatations suivantes :

L'enfant, du sexe féminin, avait la moitié supérieure du corps normalement conformée ; mais de la région fessière se détachaient deux tumeurs ayant chacune le volume d'une tête de fœtus à terme ; elles pendaient soutenues par un assez large pédicule, et, vues à une certaine distance, elles avaient quelque ressemblance avec ces tumeurs volumineuses des bourses qui pendent entre les jambes. Les membres inférieurs, petits et grêles, étaient un peu déjetés de côté.

L'une de ces tumeurs était fluctuante et remplie par du liquide ; l'autre était d'une consistance plus ferme, et par la palpation on y découvrait facilement des parties solides. En outre, à la région sacrée postérieure, on sentait une petite dépression indiquant que le canal sacré n'était pas fermé en arrière.

M. Voillemier, à qui l'enfant fut présenté, diagnostiqua une

monstruosité par inclusion, opinion qui fut complètement confirmée plus tard.

A l'ouverture de la première tumeur, il sortit une grande quantité de liquide séro-sanguin, et à la partie interne du kyste, sur la cloison de séparation des deux tumeurs, était greffée une partie solide, ayant l'aspect d'un placenta. L'ouverture de la seconde tumeur fit écouler un liquide séreux, et montra une membrane qui se continuait à travers un orifice avec la dure-mère rachidienne Ce liquide séreux baignait les parties solides de la tumeur, très différentes, du reste, d'aspect et de nature. C'étaient, surtout, des petits kystes plus ou moins clairs, renfermant les uns de la sérosité simple, les autres un liquide filant et visqueux. On remarquait, en outre, une petite tumeur jaunâtre, pédiculée comme un lipome, sur laquelle étaient implantés quelques poils. Enfin, une partie solide fut regardée comme de la peau. Quant à la moelle, elle était contenue dans le canal rachidien et n'envoyait pas de prolongement dans le kyste.

Chargé par la Société anatomique de faire un rapport sur ce fait, voici ce que je pus constater.

La pièce que j'ai eue entre les mains ne comprenait que le bassin, ou plutôt la moitié inférieure du tronc de l'enfant, qui, par ses dimensions et ses caractères, m'a paru appartenir à un enfant à terme et bien conformé du reste. Quant à la tumeur en question, elle avait pour base d'implantation la région comprise entre la partie inférieure des lombes et le périnée ; elle recouvrait les régions fessière et sacrée. De bilobée et grosse comme une tête de fœtus à terme par chacun de ses lobes qu'elle était d'abord, l'expulsion du liquide ne lui a laissé que la moitié de ce volume.

La peau qui en forme l'enveloppe superficielle a conservé sa couleur normale ; son épaisseur vers le centre est peut-être un peu moindre. A part cela, elle est normale et ne se distingue pas, par d'autres caractères que son extension, de ce qu'elle est ordinairement.

Au-devant de la tumeur, on trouve l'orifice mal repoussé en avant ; il est régulièrement perforé. Les parties génitales, qui indiquent le sexe féminin de l'enfant, ont été retranchées.

La tumeur, qui dans le principe était bilobée, a conservé quelque chose de ce caractère ; on y voit un sillon qui, partant de son

extrémité supérieure droite, se dirige en bas et à gauche, de telle sorte que les deux moitiés sont, l'une gauche et supérieure, l'autre inférieure et située un peu à droite.

Du côté gauche, au-dessous de la peau, on trouve une membrane fibreuse qui, incisée, est lisse à l'intérieur comme une séreuse ; on y trouve encore une certaine quantité de la sérosité qui, par son volume, formait à elle seule presque toute la masse de la tumeur.

Vers la partie interne, on trouve accolé à la cloison un corps ovalaire, aplati, plus épais au centre qu'aux bords, qu'on peut en partie détacher de la membrane d'enveloppe.

Ce corps, rouge et tomenteux, est semblable par son aspect aux cotylédons d'un placenta ; il s'en détache du reste des prolongements fibreux tout à fait analogues à des villosités choriales ; son parenchyme est composé presque uniquement de vaisseaux réunis par des tissus fibreux. Ce kyste était du reste parfaitement clos et ne communiquait avec aucune autre cavité.

L'autre tumeur, placée un peu au-dessous de la précédente, dont le volume, à peu près égal, a diminué de même par la sortie d'une sérosité jaunâtre un peu sanguinolente, contenait sans doute moins de liquide, car son volume n'est guère moindre que celui qui lui a été assigné tout d'abord. On trouve, comme dans la tumeur voisine, la peau, puis une membrane fibreuse doublée d'un épithélium pavimenteux. La cavité du kyste n'est pas close, elle communique avec le canal rachidien. On voit, à la partie antérieure, les lames des vertèbres sacrées écartées, laissant un trou qui permet d'y introduire le doigt, et qui laisse communiquer les deux cavités, et, par conséquent, laissant passer le liquide du kyste dans la cavité rachidienne.

Les parties solides sont constituées par une masse graisseuse ressemblant à l'athérome ou au gras de cadavre, et où proéminent de place en place des tumeurs arrondies, de volume inégal. La plus volumineuse de ces tumeurs est de la grosseur d'une noix ; elle a pour enveloppe de la peau, recouverte dans toute son étendue de poils courts et grêles, comme l'est la tête d'un fœtus dans les derniers temps de la vie intra-utérine. Cette membrane, examinée au microscope, est composée de tous ses éléments normaux : épiderme, derme, glandes, etc. Dans son intérieur on trouve un liquide gélatineux ayant assez l'apparence du tissu conjonctif en voie de forma-

tion ; seulement le microscope n'y a pas montré de corps fusiformes ou de noyaux embryoplastiques. Ce liquide contient dans son épaisseur des petites masses graisseuses, qui, au microscope, se montrent constituées par des vésicules adipeuses de moyen volume. Au-dessous de ce kyste, se trouvent des saillies dures, blanchâtres, se coupant nettement par le scalpel, formées par du cartilage contenant des cellules petites, espacées, comme le cartilage dans sa période de développement. Ces portions de cartilage sont nombreuses, mais informes, et quels qu'aient été mes efforts pour les classer, je n'ai pu déterminer quelle partie du squelette elles auraient pu constituer. C'est du tissu cartilagineux non encore ossifié, mais non pas des os Plus bas se trouve un lambeau de peau aussi caractérisé que celui que j'ai noté plus haut, il est recouvert d'une matière sébacée en tout semblable à l'enduit du fœtus.

Dans le voisinage, au-dessous d'une membrane séreuse, lisse, qu'on peut considérer comme un péritoine, se trouve une saillie que la dissection montre formée par un tube digestif, de la grosseur d'une plume à écrire, long de 10 centimètres environ, formant des commencements de circonvolution, et bifurqué vers l'une de ses extrémités. Les trois terminaisons de ce canal digestif sont fermées comme des cæcum. La surface extérieure de ce tube est constituée par une véritable séreuse, séparée, par deux couches de fibres musculaires lisses, de la muqueuse et de son support. La surface interne est munie de villosités des plus caractéristiques. La cavité est remplie de mucus transparent. Ce n'est pas tout ; il y a dans un autre point une petite masse carrée, aplatie, formée par un muscle de la vie de relation muni de ses stries transversales. Il y a, en outre, une douzaine de kystes, du volume d'un pois à une cerise, contenant de la sérosité jaune-rougeâtre, sans trace d'organisation plus avancée.

Les organes voisins ont subi l'influence de la pression exercée par ce kyste ; les muscles fessiers sont atrophiés. L'anus est perforé et les parties génitales sont normales.

Observation IX

Monstre double parasitaire endocymien dermocyme, par le Dr Léon.

Petite fille de 3 ans, originaire de Charo (Michiocan) et née en secondes noces de la mère. Père et mère de race indigène : le premier, Tarasque ; la seconde, Matlaltzinca. La monstruosité, soigneusement cachée par la mère, a été reconnue quand la grand'-mère paternelle a recueilli l'enfant abandonné par la mère. Elle présente, dans la région fessière gauche, des portions bien caractérisées d'une face fœtale, à savoir : paupières supérieure et inférieure de l'œil gauche garnies de leurs cils et leurs sourcils. Les deux paupières peuvent se séparer et laissent à découvert une superficie rouge, analogue à la conjonctive ; une lèvre supérieure très développée qui couvre parfaitement une partie d'un maxillaire supérieur rudimentaire garni de 3 ou 4 dents incisives très développées ; petite cavité buccale avec langue rudimentaire ; en ce point il y a une sécrétion d'un liquide ; très près du sillon interfessier il y a une ligne de poils soyeux ; tout près de la base d'implantation de la lèvre supérieure on note un petit trou superficiel. Dans la partie pendante et inférieure du kyste on note clairement la présence d'un liquide, et, sur la superficie de ces parties, on voit des saillies mamelonnées.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BRISSAUD et MONOD. — Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro coccygienne. *Progrès Médical*, 1877.

CALBET. — Contribution à l'étude des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. Thèse de Paris, 1893.

CONSTANTIN (Paul). — De l'inclusion fœtale située dans la région sacro-périnéale. Arch. gén. de méd., 1862.

COUDERE. — Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne comme cause de dystocie. Th. Paris, 1892.

CRUVEILHIER. — Anat. path., 1849, t. I, 373, 390.

DELPINE. — Cas d'inclusion fœtale. Paris, 1881.

DEPAUL. — Tumeur congénitale de la région fœtale. Arch. de tocologie, 1877.

DUPLAY. — Revue critique sur les tum. cong. de la région sacro-coccygienne. Arch. gén. de méd., 1878.

FATTORI. — Di feti che racchiudono feti. Pavie, 1815.

GEGG-MARKHEIM. — De l'inclusion fœtale. Paris, 1872.

GEOFFROY (St-Hilaire). — Traité de tératologie, t. III, 1836.

HERGOTT. — Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement. Th. agrég., 1878.

KIENER. — Sur une tum. cong. de la rég. sacro-coccygienne. *Gaz. hebd. des sc. méd.*, Montpellier, 1891.

LACHAISE. — De la duplicité monstrueuse par inclusion. Paris, 1823.

LACHAUD. — Rech. sur les tum. cong. de la rég. sacro-coccyg. Paris, 1883.

LEBERT. — Mémoires sur les kystes dermoïdes. Soc. de biologie, t. IV, 1832.

LÉON. — Monstre double parasitaire endocymien dermocyme Arch. de tocologie et de gynécologie, 1892.

LOLZBECK. — Die angeborene Geschwülste der hintern Krenzbeingegend. Munchen, 1858.

MECKEL (J.-F.). — Handbuch der Pathologischen Anatomie, 1872.

MENZEL. — Ein Fall von angeborenen Sakralgeschwulst. Langenbek's *Arch. f. Klin. Chirur.*, 1878.

MOLK. — Des tumeurs congénitales de l'extrémité inférieure du tronc. Thèse de Strasbourg, 1868.

MOUSSAUD. — Des inclusions fœtales. Th. 1861.

OLLIVIER D'ANGERS. — Sur les incl. fœtales Arch. gén. de Méd., 1827.

PANAS. — Tum. congén. de la région sacro-périnéale. Soc. anat. et Soc. de chirurg., 1877.

RENAUT. — Tum. sacro-coccyg. cong. *Prog. Méd.*, Paris, 1885.

SIMMONDS — Ein parasitischen Steisszwilling. *Arch. für pathol. anat.* Berlin, 1880.

SONNENBURG — Extirpatio einer angeborenen extremitatenhaltigen Sacral Geschwulst. *Arch. f. clin. chir.*, Berlin, 1881-82.

TARUFFI. — Dei teratome sacrali. Bologne, 1881.

TRÊVES. — Congenital coccygeal tumour attached by fœtus. Tr. path. soc., London, 1881-82.

VERNEUIL. — Mém. sur l'inclusion scrotale et testiculaire. Arch. de méd., 1885.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 22 avril 1902
Le Recteur,
A. BENOIST

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 22 avril 1902
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !